

University of Groningen

Cliëntprofielen in de forensische verslavingszorg

Venema, Simon; Blaauw, Eric; Bogaerts, Stefan

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version

Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:

2020

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Venema, S., Blaauw, E., & Bogaerts, S. (2020). *Cliëntprofielen in de forensische verslavingszorg*.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.



**kwiteit
forensische
zorg**

2020

Clïëntprofielen in de forensische verslavingszorg

Simon Venema, Eric Blaauw en Stefan Bogaerts

Datum van publicatie: november 2020

Colofon

Deze publicatie/dit project is tot stand gekomen met financiële ondersteuning van het Programma KFZ. Het Programma KFZ heeft daarnaast zorggedragen voor de inhoudelijke projectbegeleiding waarbij is gestuurd op kwaliteit, voorgangsbewaking en budgetbeheer. Het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie voert namens het programma KFZ het projectmanagement.

© KFZ: Het intellectuele eigendom ligt bij de auteur(s). De auteur(s) stemt er mee in dat deze uitgave onvoorwaardelijk en zonder kosten gebruikt kan worden door alle instellingen binnen het forensische zorgveld.



Inhoud

1. Samenvatting/Abstract.....	4
2. Voorwoord.....	6
3. Inleiding.....	7
3.1 Onderzoeksvragen.....	8
4. Wat is in de wetenschappelijke literatuur bekend over cliëntprofielen in de forensische verslavingszorg?	9
4.1 Methode	9
4.2 Resultaten	9
4.3 Conclusie.....	11
5. Welke cliëntprofielen kunnen op basis van een latente klassenanalyse onderscheiden worden in de forensische verslavingszorg?	12
5.1 Methode	12
5.1.1 Participanten.....	13
5.1.2 Meetinstrumenten.....	14
5.1.3 Analysemethode	16
5.2 Resultaten	17
5.2.1 Beschrijvende statistieken	17
5.2.2 Modelselectie	18
5.2.3 Uitkomsten drie-klassenoplossing	19
5.2.4 Samenhang met indexdelict, psychosociaal functioneren, diagnoses aangaande middelengebruik en demografische kenmerken.....	21
5.2.5 Gevoeligheidsanalyse	22
6. Wat zijn de praktische implicaties van de cliëntprofielen?	23
6.1 Herkenbaarheid van de cliëntprofielen.....	23
6.2 Nut van de cliëntprofielen voor de forensische verslavingszorg	24
6.3 Cliëntprofielen en Risk-Need-Responsivity	25
7. Conclusie.....	27
8. Discussie	30
8.1 Beperkingen van het onderzoek.....	30
8.2 Toekomstig onderzoek	31
8.3 Implicaties.....	32
Referenties.....	33
Bijlage 1: Systematische literatuur review	35

1. Samenvatting/Abstract

Samenvatting

Clënten in de forensische verslavingszorg vormen een heterogene groep met complexe problematiek. Door afgebakende cliëntprofielen op te stellen kan onderscheid worden gemaakt in de cliëntenpopulatie, waardoor behandelplannen doelgerichter kunnen worden toegespitst op de eigenschappen en behoeften vanuit elk profiel. Dit rapport biedt een verkennend onderzoek naar cliëntprofielen in de forensische verslavingszorg, waarbij (i) de bestaande wetenschappelijke kennis wordt verkend, (ii) er op empirische basis cliëntprofielen worden opgesteld en (iii) er wordt ingegaan op de praktische en klinische implicaties van het opstellen van cliëntprofielen in de forensische verslavingszorg.

Ten eerste is een systematische literatuurreview uitgevoerd om de nationale en internationale wetenschappelijke literatuur naar cliëntprofielen in de forensische verslavingszorg in kaart te brengen. Deze literatuurreview wees uit dat de beschikbare nationale en internationale literatuur zich hoofdzakelijk richt op specifieke doelgroepen binnen de forensische verslavingszorg, en niet op de algehele populatie. Ondanks de relevante inzichten die deze onderzoeken hebben opgeleverd, zijn de resultaten niet één op één overdraagbaar naar de gehele cliëntengroep in de forensische verslavingszorg. In de wetenschappelijke literatuur is daarmee onvoldoende empirische basis om daarop betrouwbare cliëntprofielen in de forensische verslavingszorg te baseren.

Ten tweede zijn cliëntprofielen opgesteld met behulp van latente klassenanalyses. Hiervoor werd gebruik gemaakt van gegevens van 473 cliënten uit de elektronisch patiëntendossiers van Novadic Kentron, Tactus en Verslavingszorg Noord Nederland. Hieruit zijn drie cliëntprofielen geïdentificeerd: (i) ernstig verslaafde polygebruikers met een hoog recidiverisico vanuit toekomstkenmerken (49%), (ii) monogebruikers met een lage ernst van verslaving en een laag risicoprofiel (31%) en (iii) antisociale polygebruikers met een hoog recidiverisico vanuit historische kenmerken (20%).

Ten derde zijn de cliëntprofielen ter toetsing voorgelegd aan een klein expertpanel van Nederlandse deskundigen op het gebied van de forensische verslavingszorg. Alhoewel het expertpanel de geschetste cliëntprofielen herkende, werd de noodzaak voor verdere verdieping aanbevolen. Het expertpanel gaf aan dat de cliëntprofielen nuttig zijn om behandeltrajecten vorm te geven en aan te laten sluiten op de eigenschappen en behoeften van cliënten. Daarbij werd de kanttekening geplaatst dat vanwege het dynamische en complexe karakter van de doelgroep, gewaakt moet worden voor een te statische koppeling tussen de profielen en uiteindelijke behandeling.

Samenvattend vormt het onderzoek een eerste stap in het opstellen van cliëntprofielen in de forensische verslavingszorg. Vanwege meerdere statistische beperkingen en inhoudelijke vraagstukken is het vooralsnog echter te vroeg om cliëntprofielen te koppelen aan behandeltrajecten. Hiervoor is verder onderzoek nodig, waarbij gebruik wordt gemaakt van gedetailleerdere gegevens en waarbij informatie over een langere tijdspanne en over een groter aantal cliënten wordt gebruikt.

Abstract

Patients in forensic addiction care seem to be heterogeneous in terms of their backgrounds, risk factors and criminogenic needs. By developing patient profiles, practitioners can better address the specific criminogenic needs of patients in order to improve the effectiveness of treatment. In the current report, we (i) assess the scientific evidence regarding patient profiles, (ii) explore the empirical basis for developing patient profiles, and (iii) address the practical and clinical implications of patient profiles in forensic addiction care.

First, a systematic literature review was conducted to assess the national and international evidence for developing patient profiles in forensic addiction care. The literature review concludes that existing research mainly addresses specific subgroups within forensic addiction care, and does not address the whole population of patients. The findings from existing studies are therefore not directly

applicable to the full population of patients. The scientific basis for developing patient profiles in forensic addiction care is fragile.

Second, a latent class analysis was conducted to develop empirically grounded patient profiles in forensic addiction care. Data of 473 patients of forensic addiction care organisations Novadic Kentron, Tactus and Verslavingszorg Noord Nederland were retrieved from electronic patient files. Three patient profiles were identified: (i) severely addicted patients with polysubstance dependence and a high risk for recidivism based on future characteristics (49%), (ii) mildly addicted patients with a monosubstance dependence disorder and a relatively low risk for recidivism (31%), and (iii) patients with an antisocial personality disorder, polysubstance dependence, and a high risk for recidivism based on historical characteristics (20%).

Third, the patient profiles were presented to a small expert panel of Dutch forensic addiction care experts. Although the panel recognized the identified patient profiles in practice, all experts expressed the need for more detailed patient profiles. The panel recognized the potential of patient profiles for developing treatment tailored to the specific risk factors and needs of patients. However, the panel warned for a static approach towards the relationship between patient profiles and treatment, as this may ultimately undermine treatment efficiency due to the dynamic and complex nature of patients in forensic addiction care.

Taken together, this report provides a first step in developing patient profiles in forensic addiction care. Given the statistical limitations of the latent class analysis and practical considerations of the expert group, it is too early to implement patient profiles to systematically tailor patients' treatment to their respective profiles. To do so, further research is required in which more detailed measurements for a larger number of patients who are followed over a longer period of time are used.

2. Voorwoord

Dit rapport is tot stand gekomen met ondersteuning van het programma Kwaliteit Forensische Zorg (KFZ) en is uitgevoerd vanuit Verslavingszorg Noord Nederland, de Hanzehogeschool Groningen en de Universiteit van Tilburg. Het onderzoek had niet tot stand kunnen komen zonder de medewerking van verslavingszorgorganisaties Tactus, Novadic Kentron, Verslavingszorg Noord Nederland, Fivoor en Impulse Info Systems.

Wij zijn veel dank verschuldigd aan Naomi Banerji en Michèle Schmitter voor hun belangrijke bijdragen aan dit onderzoek. Verder danken wij Carel Hartsuiker (VNN) voor zijn ondersteuning bij het opstellen van de query door de firma Impulse Info Systems om de gegevens te verzamelen waarop het huidige onderzoek is gebaseerd.

Ten slotte danken wij de leden van het expertpanel dat werd geraadpleegd voor het onderzoek. Zij hebben in korte tijd een zeer waardevolle bijdrage geleverd aan de praktische relevantie van het onderzoek.

Groningen/Tilburg

Simon Venema
Eric Blaauw
Stefan Bogaerts

3. Inleiding

Clënten in de forensische verslavingszorg vormen een heterogene groep en zijn vanwege de complexe combinaties en interacties tussen verslaving, delictkenmerken, recidiverisico en psychopathologie een gecompliceerde groep voor assessment en behandeling (zie Blaauw & Roozen, 2012). In de afgelopen jaren is steeds vaker de noodzaak geuit om meer te weten te komen over deze groep. Recent is de vraag gesteld of de mogelijkheid bestaat om binnen de heterogene groep cliënten met verslavingsproblemen differentiatie aan te brengen, zodat homogenere subgroepen met overeenkomstige kenmerken kunnen worden geïdentificeerd. Zodoende kunnen assessment en behandeling beter worden afgestemd op de specifieke eigenschappen en behoeften van cliënten binnen deze subgroepen, wat vervolgens kan bijdragen tot een effectievere behandeling en een betere recidivevoorkoming. Met duidelijke onderscheidende cliëntprofielen kan bijvoorbeeld meer aandacht worden besteed aan de rol van het middelengebruik in het delictgedrag en kan een evidence based behandeling vervolgens hierop worden toegespitst en verder ontwikkeld worden. Ook kunnen met duidelijke cliëntprofielen uiteindelijk richtlijnen worden gegeven over de intensiteit en duur van de behandeling en is voor verschillende subgroepen te bepalen welke behandelmodules geïndiceerd zijn en welk effect hiervan te verwachten is. Momenteel bevat de wetenschappelijke literatuur veel informatie over de effecten van specifieke behandelingen bij specifieke dadergroepen, maar is nog niet duidelijk in hoeverre deze dadergroepen in de praktijk van de forensische verslavingszorg terug te vinden zijn.

Op 6 november 2014 werd een werkconferentie forensische verslavingszorg georganiseerd, waarbij tientallen gedragsdeskundigen en reclasseringswerkers van verslavingszorginstellingen die forensische zorg bieden aanwezig waren. Op deze werkconferentie werd de wens uitgesproken om cliëntprofielen op te stellen voor de forensische verslavingszorg en werd deze wens unaniem gedeeld door de aanwezigen. Gesteld werd dat met cliëntprofielen een onderscheid kan worden gemaakt tussen de cliëntenpopulaties die worden bediend door de forensische verslavingszorgaanbieders.

Ook het dominante behandelmodel in de forensische (verslaving)zorg, het Risk-Need-Responsivity (RNR) model (Bonta & Andrews, 2007), onderstreept het belang om aan te sluiten op de specifieke achtergrond, eigenschappen en behoeften van cliënten om effectiviteit van behandeling te waarborgen. Het opstellen van afgebakende cliëntprofielen kan hierbij helpen door inzicht te bieden in de behoeften van verschillende cliëntpopulaties. Met behulp van onderscheidende cliëntprofielen kunnen behandelplannen doelgerichter worden opgesteld, zodat ze goed aansluiten op de behoeften van de verschillende groepen cliënten ('matched care'). Het toewerken naar cliëntprofielen sluit verder aan bij de vier onderzoeksthema's uit de Onderzoeksagenda Verslavingskunde, waarin onderzoek naar cliëntprofielen wordt gezien als belangrijke stap om toe te werken naar gepersonaliseerde behandelingen (Wits, Schellekens, Meerkerk, Stollenga, & Nagelhout, 2019).

Het ontwikkelen van cliëntprofielen is niet nieuw in de forensische zorg. Zo werden door Van Nieuwenhuizen et al. (2011) vijf tbs-patiëntprofielen onderscheiden, waarvan er twee gekenmerkt werden door een hoge prevalentie van aan middelen gebonden stoornissen. Deze twee klassen vertegenwoordigden 40% van de groep tbs-patiënten. Daarnaast werden door Van der Veen, Bogaerts, en Lucieer (2017) in een klinische populatie van forensisch psychiatrische patiënten vier patiëntprofielen onderscheiden: het antisociale profiel (waarbij in 53% van de gevallen sprake was van middelenproblematiek), het gemengde profiel met multiële problematiek (waarbij in 38% sprake was van middelenproblematiek), het maladaptieve/affectieve profiel (waarbij in 6% sprake was van middelenproblematiek), en het *first offender* psychotische profiel (waarbij in 25% sprake was van middelenproblematiek). Op grond van deze studies kan worden geconcludeerd dat middelengebruik in alle groepen voorkomt. Echter, ondanks het feit dat middelengebruik een probleem is bij de meerderheid van de forensische cliënten (Popma, Blaauw & Bijlsma, 2012), is er tot op heden weinig onderzoek gedaan naar het ontwikkelen van profielen binnen de forensische verslavingszorg. Gegeven de sterke relatie tussen middelengebruik en criminaliteit (Lammers et al., 2014; Ramaekers et al., 2016; Spits, Oudejans, & Merckx, 2016) is het belangrijk om expliciet aandacht te besteden aan deze doelgroep.

In opdracht van de Stuurgroep Forensische Verslavingszorg heeft een eerdere werkgroep Cliëntprofielen zich gebogen over het nader uitwerken van cliëntprofielen voor de forensische verslavingszorg. Hierbij werd een onderscheid gemaakt tussen de cliëntenpopulaties die worden bediend door de forensische verslavingszorgaanbieders. In het advies werd echter slechts beperkt aandacht besteed aan de profielen die in de praktijk kunnen worden onderscheiden en werd geen gebruik gemaakt van literatuur of bevindingen vanuit analyses op bestaande databases.

Dit rapport biedt een verdiepend en verkennend onderzoek naar een wetenschappelijke en empirische basis voor het opstellen van cliëntprofielen in de forensische verslavingszorg. Daarbij staat de bruikbaarheid voor het vormgeven van behandeltrajecten centraal. In het onderzoek worden cliëntprofielen opgesteld op basis van gegevens van cliënten die vanuit een diagnose-behandel-beveiligingscombinatie (dbbc) werden behandeld of begeleid in een instelling voor forensische verslavingszorg. Alle cliënten waren volgens DSM-criteria gediagnosticeerd met een verslaving, en worden daarvoor behandeld in een forensische verslavingsinstelling. Deze behandeling werd door de rechter opgelegd vanuit een (deels) voorwaardelijke straf of maatregel of volgde na verwijzing van de reclassering in afwachting van de rechtszitting. De doelgroep van het onderzoek bestaat daarmee uit personen met een verslaving en een justitiële titel.

3.1 Onderzoeksvragen

In het onderzoek staan de volgende onderzoeksvragen centraal:

1. Welke cliëntprofielen worden onderscheiden binnen de nationale en internationale literatuur op het gebied van verslaving en criminaliteit?
2. Welke cliëntprofielen met betrekking tot verslaving en criminaliteit worden onderscheiden in databases van forensische verslavingszorginstellingen?
3. Wat zijn de praktische implicaties van de onderscheiden cliëntprofielen?

Om de eerste onderzoeksvraag te beantwoorden, werd een systematische literatuurreview uitgevoerd. Hierin werd de nationale en internationale wetenschappelijke literatuur van de afgelopen 20 jaar in kaart gebracht waarin cliëntprofielen binnen de forensische verslavingszorg werden onderscheiden (hoofdstuk 4). Om de tweede onderzoeksvraag te beantwoorden, werden met behulp van latente klassenanalyses cliëntprofielen opgesteld, waarbij gebruik werd gemaakt van gegevens over verslavingskenmerken, risicotaxaties, psychologische en psychiatrische kenmerken en delictkenmerken van cliënten uit de elektronisch patiëntendossiers (EPD) van Novadic Kentron, Tactus en Verslavingszorg Noord Nederland (VNN) (hoofdstuk 5)¹. Voor het beantwoorden van de derde onderzoeksvraag werden de geïdentificeerde cliëntprofielen ter toetsing voorgelegd aan een expertpanel, waarbij werd ingegaan op de toepasbaarheid van de profielen (hoofdstuk 6).

¹ Voor het vergaren van de cliëntgegevens zijn vijf verslavingszorgorganisaties benaderd. In het onderzoek zijn echter gegevens gebruikt van drie organisaties. In hoofdstuk 5 wordt ingegaan op de redenen hiervoor.

4. Wat is in de wetenschappelijke literatuur bekend over cliëntprofielen in de forensische verslavingszorg?

In het eerste gedeelte van het onderzoek is de nationale en internationale literatuur in kaart gebracht door middel van een systematisch literatuuronderzoek. Hiermee wordt een bijdrage geleverd aan de beschrijving van de *state of the art* kennis over cliëntprofielen in de forensische verslavingszorg. Deze sectie richt zich op het beantwoorden van de eerste onderzoeksvraag: *Welke cliëntprofielen worden onderscheiden binnen de nationale en internationale literatuur op het gebied van verslaving en criminaliteit?* In dit hoofdstuk worden de belangrijkste uitkomsten van het literatuuronderzoek beknopt weergegeven. De volledige rapportage van het systematische literatuuronderzoek is te vinden in Bijlage 1.

4.1 Methode

Het doel van deze systematische literatuurstudie was om een overzicht te geven van de literatuur die gepubliceerd is in de periode van 2000 tot en met 2020. Deze review werd uitgevoerd aan de hand van de PRISMA richtlijnen (Moher et al., 2015). Hiervoor werden de elektronische databases PsycInfo, Medline en SocIndex geraadpleegd in de periode van maart-april 2020. Zoektermen die werden gebruikt omvatten verslaving, in combinatie met (forensische) zorg, justitiële status, beschermende en risicofactoren en termen die verwijzen naar kenmerken, subtypen, klassen of profielen, waarbij ook werd gezocht op studies die gebruik maakten van een (latente) klassenanalyse of clusteranalyse bij het opstellen van de profielen. De (Engelstalige) zoekterm was als volgt: (*AB* ("addict*" OR "substance" OR "alcohol" OR "drug" OR "illicit substance*") AND ("care" OR "treatment" OR "program*") AND ("perpetrator*" OR "criminal*" OR "offender*" OR "law" OR "forensic") AND ("protective" OR "risk" OR "indicat*") AND ("cluster analy*" OR "latent class" OR "latent profile" OR "latent trait" OR "latent transition" OR "factor analy*" OR "profile" OR "typolog*" OR "subtype*"))).

Er werden 158 artikelen gevonden in PsycInfo, 109 artikelen in Medline en 38 artikelen in SocIndex. Verder werden nog vijf artikelen gevonden door het scannen van referentielijsten van artikelen. Van de in totaal 310 artikelen werden 81 artikelen geselecteerd op basis van relevantie met betrekking tot het onderwerp (forensische patiënten en verslavingsproblematiek). De titels en abstracts van de gevonden artikelen werden allereerst gescand op relevantie, waarna relevante artikelen full-tekst werden gelezen. Er werden drie inclusiecriteria opgesteld. Ten eerste was de doelgroep van belang, namelijk forensische cliënten met een verslaving. Ten tweede moest sprake zijn van onderzoek waarbij cliëntprofielen werden opgesteld op basis van empirische gegevens. Ten derde werd literatuur geselecteerd die verwees naar cliëntprofielen, -clusters of -klassen. Alleen artikelen die (een set van) profielen weergaven door middel van een clusteranalyse of latente klassenanalyse werden geïnccludeerd in de review, aangezien deze methoden overeenkomen met de methode van het onderhavige onderzoek. In totaal werden 64 artikelen geëxcludeerd omdat ze niet voldeden aan het eerste of tweede inclusie criterium. Vervolgens werden negen artikelen geëxcludeerd omdat de resultaten niet vanuit een clusteranalyse of latente klassenanalyse waren verkregen, of omdat de resultaten geen duidelijke set profielen weergaven. Uiteindelijk werden daardoor slechts acht artikelen geïnccludeerd in de review.

4.2 Resultaten

Het systematische literatuuronderzoek van de nationale en internationale wetenschappelijke literatuur laat primair zien dat informatie over cliëntprofielen in de brede forensische verslavingszorg grotendeels ontbreekt. Van de acht geselecteerde onderzoeken had één onderzoek betrekking op *first offenders* die waren veroordeeld voor rijden onder invloed van alcohol in de Amerikaanse stad New haven (Ball, Jaffe, Crouse-artus, Rounsaville, & Malley, 2000). Het is duidelijk dat dit slechts een beperkte subgroep vormt van de cliënten die worden aangetroffen in de forensische verslavingszorg. Een tweede onderzoek had betrekking op cliënten die vanwege lichte drugsgerelateerde misdrijven moesten voorkomen voor twee *drug treatment courts* in de

Amerikaanse staat Californië (Larsen, Nylund-Gibson, & Cosden, 2014). Ook van deze onderzoeksgroep is duidelijk dat dit slechts een klein deel vormt van de populatie binnen de forensische verslavingszorg. Een derde onderzoek had betrekking op een Zwitserse groep van patiënten die in een vroeg stadium van psychose verkeerden (Moulin et al., 2017). Deze groep vormt wederom slechts een klein deel van de populatie binnen de forensische verslavingszorg. Een vierde onderzoek betrof een onderzoek onder arrestanten die waren gearresteerd voor een licht misdrijf in de Amerikaanse staat Pennsylvania (Sevigny & Coontz, 2008). In tegenstelling tot de onderzoeksgroepen in de voorgenoemde studies was deze onderzoeksgroep enerzijds breder (omdat lang niet alle arrestanten forensische verslavingszorg ontvangen), maar anderzijds smaller (omdat de forensische verslavingszorg zich niet beperkt tot lichte delicten) dan een populatie binnen de forensische verslavingszorg. Een vijfde onderzoek betrof patiënten die waren opgenomen in vijf centra voor alcoholbehandeling in de Amerikaanse staat New York (Windle & Scheidt, 2004). Ook deze onderzoeksgroep is beperkt omdat het uitsluitend ging om een alcoholbehandeling en om opgenomen patiënten. De resterende drie onderzoeken waren Nederlandse onderzoeken die zich richtten op patiënten in tbs-instellingen (Bogaerts & Spreen, 2011; Van der Veeken et al., 2017; Van Nieuwenhuizen et al., 2011). Het eerste van deze onderzoeken werd uitgevoerd bij een mannelijke groep van 801 opgenomen tbs-gestelden in vijf forensische psychiatrische centra (Bogaerts & Spreen, 2011). Het tweede onderzoek betrof een onderzoek bij 180 tbs-gestelden die op het moment van onderzoek aanwezig waren in een van de 13 forensisch psychiatrische centra in Nederland (Van Nieuwenhuizen et al., 2011). Het derde onderzoek betrof 328 mannelijke tbs-gestelden die hadden verbleven in twee psychiatrische centra tussen 2003 en 2011 (Van der Veeken, Bogaerts, & Lucieer, 2017). Ook een groep van tbs-gestelden patiënten in forensisch psychiatrische centra is slechts beperkt vergelijkbaar met de gehele groep van de forensische verslavingszorg, omdat bij deze laatstgenoemde groep veelal geen sprake is van opname in een kliniek, de meeste cliënten geen forensische zorg krijgen vanuit de tbs als justitiële titel, veel cliënten geen ernstig geweldsdelict hebben gepleegd, bij veel cliënten geen sprake is van een ernstig gevaar voor de maatschappij en er verschillen zijn tussen de groepen met betrekking tot de aard van de psychopathologie.

Uit het voorgaande valt te concluderen dat de gevonden literatuur hoofdzakelijk betrekking heeft op specifieke doelgroepen binnen de forensische verslavingszorg en niet op de gehele populatie zoals beoogd in het huidige onderzoek. De resultaten uit de beschikbare literatuur zijn daarom niet één op één overdraagbaar naar de doelgroep van de onderhavige studie. Desalniettemin bestaat enige overlap tussen cliënten uit de beschikbare onderzoeken met cliënten in de forensische verslavingszorg. In de geïdentificeerde onderzoeken werden de profielen doorgaans gevormd langs de lijnen van statische en dynamische risicofactoren, middelenproblematiek, psychopathologie en delictachtergrond. In de literatuurstudie worden vier profielen onderscheiden die mogelijk relevant zijn voor de gehele populatie van cliënten in de forensische verslavingszorg²:

1. Een profiel met verslavingsstoornis als hoofdproblematiek en hoge mate van dynamische en historische risicofactoren (Ball et al., 2000; Windle & Scheidt, 2004).
2. Een profiel met een antisociale of cluster B persoonlijkheidsstoornis, ernstig middelengebruik, hoge mate van historische risicofactoren en een lage mate van dynamische risicofactoren (Van der Veeken et al., 2017; Van Nieuwenhuizen et al., 2011; Windle & Scheidt, 2004).
3. Een profiel met gemengde problematiek van middelen en psychopathologie met een hoge mate van historische en dynamische risicofactoren (Larsen et al., 2014; Moulin et al., 2017; Van Nieuwenhuizen et al., 2011).
4. Een profiel met gematigde problematiek en lage mate van historische en dynamische risicofactoren (Larsen et al., 2014; Windle & Scheidt, 2004).

² In de literatuurstudie werden in totaal zes profielen onderscheiden. Twee van deze profielen (het maladaptieve/affectieve profiel en het puur psychotische profiel) werden echter alleen in onderzoeken naar tbs-populaties geïdentificeerd. Deze twee profielen worden hier daarom niet behandeld.

4.3 Conclusie

Samenvattend biedt de beschikbare nationale en internationale literatuur eerste aanknopingspunten voor het opstellen van cliëntprofielen in de forensische verslavingszorg, maar is de kennis ontoereikend vanwege de verschillen in doelgroepen van de gevonden studies en de beoogde doelgroep van het huidige onderzoek. Het is vooralsnog onduidelijk in hoeverre de profielen die in de nationale en internationale wetenschappelijke geïdentificeerd zijn, ook van toepassing zijn op de populatie in de forensische verslavingszorg.

5. Welke cliëntprofielen kunnen op basis van een latente klassenanalyse onderscheiden worden in de forensische verslavingszorg?

In het tweede onderdeel van het onderzoek worden cliëntprofielen in de forensische verslavingszorg opgesteld op basis van gegevens over cliënten in de forensische verslavingszorg. Deze sectie van het rapport richt zich op het beantwoorden van de tweede onderzoeksvraag: *Welke cliëntprofielen met betrekking tot verslaving en criminaliteit worden onderscheiden in databases van forensische verslavingszorginstellingen?*

Voor beantwoording van de tweede onderzoeksvraag is gebruik gemaakt van gegevens van Novadic Kentron, Tactus en Verslavingszorg Noord Nederland (VNN). Oorspronkelijk zouden ook gegevens van verslavingszorgorganisaties IrisZorg en Fivoor worden opgenomen in het onderzoek. Deze vijf organisaties werden gekozen omdat zij allen categorale verslavingszorginstellingen zijn die diverse vormen van forensische zorg bieden (ambulant, deeltijd, klinisch, beschermd wonen) en die gebruik maken van hetzelfde elektronisch patiëntendossier (User), waardoor voor de uitvraag van de gegevens slechts één query benodigd was. Van IrisZorg waren echter geen volledige gegevens met betrekking tot risicotaxatie-instrumenten beschikbaar voor het onderzoek. Gegevens van Fivoor hadden hoofdzakelijk betrekking op tbs-patiënten met een middelenstoornis. Besloten werd om voor de gegevens van Fivoor een afzonderlijk onderzoek uit te voeren, omdat het samenvoegen van tbs-patiënten met niet-tbs-patiënten in één analyse leidt tot een vertekend beeld. Ten eerste vormen tbs-patiënten slechts een klein percentage van de totale patiëntenpopulatie in instellingen voor forensische verslavingszorg. Ten tweede wordt de populatie van tbs-patiënten gekenmerkt door een specifieke set aan eigenschappen. Tbs-patiënten zijn namelijk bijna uitsluitend voor geweldsdelicten veroordeeld, zijn gemiddeld langdurig in behandeling, en is er bovengemiddeld vaak sprake van persoonlijkheidsproblematiek (zie Kersten & Verwaaijen, 2012). De rapportage van het onderzoek met de gegevens van Fivoor is te vinden in Schmitter, Vermunt, Blaauw en Bogaerts (2020). Voorafgaand aan het onderzoek is de onderzoeksopzet goedgekeurd door de Ethics Review Board van de Universiteit van Tilburg.

5.1 Methode

Voor het bevragen van de elektronische patiëntendossiers (EPD) in het zorginformatiesysteem User werd een query opgesteld door de firma Impulse Info Systems; de bouwer van het zorginformatiesysteem. Met behulp van deze query konden de relevante patiëntendossiers worden geselecteerd en de juiste gegevens uit het zorginformatiesysteem worden gedistilleerd. In het EPD worden onder andere gegevens geregistreerd over de behandeling, psychologische en psychiatrische kenmerken, delictkenmerken en verslavingskenmerken van cliënten. Bij de systeembeheerders van Novadic Kentron, Tactus en VNN werden vervolgens de gegevens opgevraagd uit het EPD.

De uitvraag van gegevens richtte zich op cliënten die met een diagnose-behandel-beveiligingscombinatie (dbbc) in de jaren 2015-2017 waren ingeschreven bij de betreffende organisaties. Hoewel ook patiënten vanuit andere zorgfinanciering kunnen zijn ingeschreven bij een instelling voor forensische verslavingszorg, richtte het onderzoek zich niet op deze patiënten. Bij patiënten met een andere zorgfinanciering is immers niet altijd duidelijk of het forensische zorg betreft, omdat de inhoud van de zorg niet altijd duidelijk verschilt tussen forensische zorg en niet-forensische zorg, ook al is er sprake van verschillen in doelstelling van de zorg. Besloten werd tot het opvragen van gegevens uit drie jaren, omdat dat de kans op een grote onderzoeksgroep zou vergroten. Tegelijkertijd was het uitbreiden van de periode van gegevensverzameling niet mogelijk, omdat in eerdere jaren te veel variatie in risicotaxatie-instrumenten aanwezig was in het forensische veld en toestemming van de Ethics Review Board van de Universiteit van Tilburg over uitsluitend deze tijdsperiode was verkregen. De gegevensverzameling naar latere jaren uitbreiden was niet mogelijk omdat in 2019 een nieuw risicotaxatie-instrument (de Forensisch Ambulante Risico

Evaluatie) verplicht werd gesteld in de ambulante forensische zorg en dit een andere uitvraag van gegevens zou inhouden.

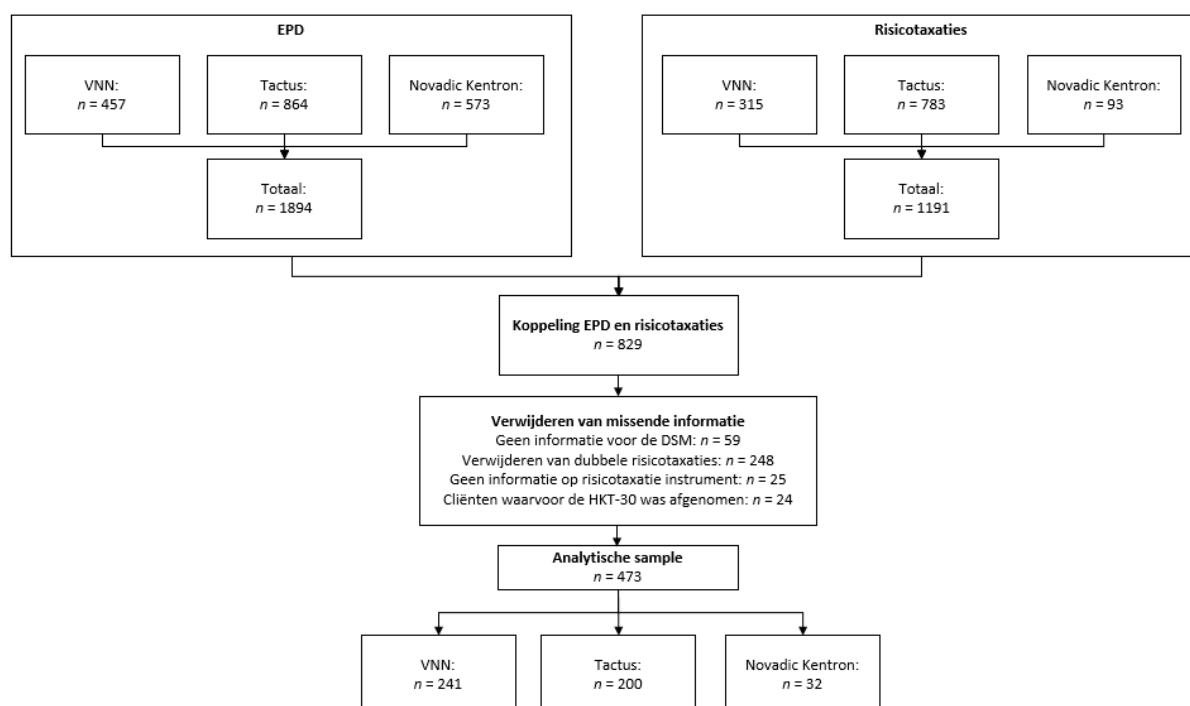
Bij de systeembeheerders van Novadic Kentron, Tactus en VNN werden eveneens gegevens opgevraagd over risicotaxaties uit de Historische, Klinische, Toekomstige – Revisie (HKT-R) (Spreen, Brand, Horst, & Bogaerts, 2014), die als doel hebben een klinisch gewogen eindoordeel over het risico op toekomstig recidive van een cliënt op te stellen. Daarmee vormen personen die met een justitiële titel waren ingeschreven bij een forensische verslavingszorginstelling en bij wie een risicotaxatie was uitgevoerd, de doelgroep van dit onderzoek.

5.1.1 Participanten

De gegevens uit het EPD en de risicotaxatie werden aan elkaar gekoppeld op basis van individuele cliëntnummers (zie Figuur 1). In totaal waren voor 1894 cliënten, gegevens in het EPD beschikbaar en waren bij 1191 cliënten risicotaxaties uitgevoerd. In 829 gevallen was het mogelijk om gegevens uit het EPD te koppelen aan de risicotaxaties. De 59 cliënten waarvan geen DSM-diagnoses beschikbaar waren werden uit de dataset verwijderd. Voor 248 risicotaxaties was er sprake van cliënten die in de onderzoeksperiode meerdere keren in zorg waren gekomen en waarbij sprake was van meerdere risicotaxaties. In dit geval werd voor de eerst geregistreerde risicotaxatie gekozen. Dit werd gedaan omdat op dat moment de forensische verslavingszorg waarschijnlijk nog niet was aangevangen en daardoor de dynamische risicofactoren nog niet waren beïnvloed door zorg. Voor 25 cliënten waren geen scores beschikbaar voor de HKT-R items. De 24 cliënten waarbij de HKT-30 was afgenomen in plaats van de HKT-R werden verwijderd uit de dataset. De uiteindelijke onderzoeksgroep bestond daardoor uit 473 unieke cliënten (VNN: $n = 241$, Tactus: $n = 200$, Novadic Kentron: $n = 32$).

Figuur 1

Flowchart van de datasetselectie



De uiteindelijke onderzoeksgroep is daarmee aanzienlijk kleiner dan de oorspronkelijke groep ($n = 1894$). Hiervoor zijn verscheidene redenen te noemen. Ten eerste werden risicotaxatie-instrumenten in de onderzoeksperiode in de forensische praktijk helaas minder frequent ingezet dan het geval is in de forensisch psychiatrische centra, waar het gebruik van risicotaxatie instrumenten al veel langer verplicht is gesteld (Blaauw, Greeven, & van Luijk, 2012). In totaal zijn voor 581 unieke cliënten in

het databestand één of meerdere risicotaxaties uitgevoerd, wat overeenkomt met 29,4% ten opzichte van het totaal aantal unieke cliënten in de EPD's. Ten tweede konden, zoals eerder vermeld, de gegevens van IrisZorg en Fivoor niet worden gebruikt voor het onderzoek. Ten derde bleek dat voor een aantal cliënten geen informatie over DSM-diagnoses beschikbaar was. Een reden hiervoor kan zijn dat de cliënten te kort aanwezig waren in de instelling om een diagnose te kunnen stellen. Ook kan een reden zijn dat niet een diagnose werd gesteld en de dbbc ook niet werd gedeclareerd.

5.1.2 Meetinstrumenten

Voor de analyses werd gebruik gemaakt van diagnoses conform de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV-tr (DSM-IV-tr; American Psychiatric Association, 2000), risicotaxatie vanuit de HKT-R (Spreeen et al., 2014), verslavingsgegevens vanuit de Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie (MATE; Schippers, Broekman, & Buchholz, 2011), gegevens over het indexdelict en demografische gegevens en behandelgeschiedenis. In de eerste stap van de analyse werd een latente klassenanalyse uitgevoerd op basis van de eerste groep variabelen: kenmerken van middelengebruik, comorbiditeit en criminogene risicofactoren. In de tweede stap van de analyses werd de samenhang tussen de latente klassen en een tweede groep variabelen geanalyseerd, namelijk indexdelict, psychosociaal functioneren, type middel en demografische kenmerken. Deze variabelen zijn gekozen omdat ze gezamenlijk de criminogene risicofactoren, het middelengebruik, de psychopathologie, het psychosociaal functioneren, delictfactoren en demografische kenmerken van de cliënt meten. Dit zijn belangrijke kernmerken voor de behandeling van een cliënt.

Kenmerken middelengebruik

Ten eerste werd vastgesteld of voor de cliënt in het EPD een DSM-IV-tr diagnose met betrekking tot afhankelijkheid of misbruik van harddrugs (opioïde, cocaïne, amfetamine, GHB) of een diagnose met betrekking tot andere middelen (alcohol, cannabis, sedativum, nicotine, anders) inclusief pathologisch gokken, als primaire diagnose was geregistreerd. De variabele werd dichotoom gecodeerd (0 = *softdrugs, alcohol of andere diagnose*, 1 = *harddrugsdiagnose*).

Ten tweede werd een variabele geconstrueerd die aangeeft of bij de cliënt, naast de primaire diagnose, nog andere middelengerelateerde diagnoses op as I van de DSM-IV-tr waren gesteld. Deze variabele werd dichotoom gecodeerd (0 = *monogebruik*, 1 = *polygebruik*).

Ten derde werd een maat geconstrueerd voor de ernst van de verslaving. Deze was gebaseerd op de MATE, waar 10 vragen over de ernst van een verslaving worden gesteld. Voorbeelden van vragen zijn 'Belemmerde het gebruik van [-middel-] u in de afgelopen 12 maanden vaak in uw werkzaamheden op school, in uw baan of thuis?' en 'Ging u in de afgelopen 12 maanden door met het gebruik van [-middel-] terwijl u wist dat dat problemen met uw familie, vrienden, op uw werk, op school voor u veroorzaakte?'. In deze vragen verwijst het middel naar de primaire probleemstof van de cliënt zoals geïdentificeerd in de MATE. De kenmerken werden opgeteld en verdeeld in vier klinisch relevante categorieën die tegenwoordig vanuit de DSM-5 worden gebruikt met betrekking tot een stoornis in het gebruik van middelen om de ernst van de stoornis aan te geven (0 = *laag, 0 of 1 kenmerken*, 1 = *mild, 2 of 3 kenmerken*, 2 = *matig, 4 of 5 kenmerken*, 3 = *hoog, 6 of meer kenmerken*).

Comorbiditeit

Om comorbiditeit na te gaan, werd bekeken of in het EPD naast een middelengerelateerde diagnose, ook een andere psychiatrische diagnose conform de DSM-IV-tr (as I diagnose) was geregistreerd. De variabele werd dichotoom gecodeerd (0 = *afwezigheid andere as I diagnose*, 1 = *aanwezigheid andere as I diagnose*). Ook werd in het EPD bekeken of voor de cliënt op as II een antisociale of een andere persoonlijkheidsstoornis was geregistreerd (0 = *geen persoonlijkheidsstoornis geregistreerd op as II*, 1 = *antisociale persoonlijkheidsstoornis geregistreerd op as II*, 2 = *een andere*

persoonlijkheidsstoornis geregistreerd op as II)³. Ten slotte werd gekeken naar het aantal psychosociale en omgevingsfactoren dat op as IV was geregistreerd in het EPD. Deze belemmerende factoren werden ingedeeld in drie klinisch relevante categorieën (0 = *geen as IV belemmerende factoren*, 1 = *1 tot 3 as IV belemmerende factoren*, 2 = *4 of meer as IV belemmerende factoren*).

Criminogene risicofactoren

Met betrekking tot de criminogene risicofactoren werd vanuit beperkingen door de kleine onderzoeksgroep en afhankelijkheden tussen variabelen gekozen om te werken met de gemiddelde scores op de 12 historische risicofactoren van de HKT-R (Cronbach's alpha = .78), de 14 klinische risicofactoren (Cronbach's alpha = .83) en de zeven toekomstige risicofactoren (Cronbach's alpha = .88)⁴. De gemiddelde scores konden variëren tussen 0 en 4, waarbij een hogere score een hoger recidiverisico aangeeft.

Indexdelict, diagnoses aangaande middelengebruik, psychosociaal functioneren en demografische kenmerken

De variabelen indexdelict, psychosociaal functioneren, middel van verslaving en demografische kenmerken werden in de tweede stap van de analyses gebruikt. De relaties tussen de latente klassen en deze tweede groep variabelen werden in de tweede stap van de analyses onderzocht.

De ernst van het indexdelict (het delict waarvoor forensische zorg werd opgelegd) werd volgens de indeling van delictclusters door Van Kordelaar (2003) ingedeeld op een schaal van 1 tot 10, waarbij een hogere score een ernstiger indexdelict aangeeft (1 = *opium delict*, 2 = *licht geweld*, 3 = *vermogen/profijt*, 4 = *midden geweld*, 5 = *vermogen met geweld*, 6 = *zwaar geweld*, 7 = *zedes*, 8 = *leven*, 9 = *brandstichting*, 10 = *leven extra*).

Daarnaast werd de samenhang met de diagnoses aangaande middelengebruik van de cliënt onderzocht. Hiervoor werd gekeken of op één van de vijf diagnoses van as I van de DSM-IV-tr een alcohol-, cannabis-, opioïde-, cocaïne- en/of amfetaminediagnose was vastgesteld (andere middelen werden niet onderzocht, vanwege de te kleine aantallen om zinvolle statistische analyses mee uit te voeren).

Op basis van de MATE werden variabelen geconstrueerd die een indicatie gaven van het psychosociale functioneren van de cliënt in termen van de relationele en basale beperkingen conform de International Classification of Functioning (Wereldgezondheidsorganisatie, 2014). De score voor relationele beperkingen werd hierbij gevormd door de gemiddelde score op vijf vragen over de moeite met formele en informele relaties. De score voor basale beperkingen werd gebaseerd op acht vragen over de moeite met het uitvoeren van dagelijkse taken (0 = *geen moeite*, 1 = *lichte moeite*, 2 = *matige moeite*, 3 = *ernstige moeite*, 4 = *volledige moeite*). De interne consistentie van de scores was matig tot voldoende, maar voldoende om groepscomputaties uit te voeren (Cronbach's alpha relationele beperkingen = .62; Cronbach's alpha basale beperkingen = .72).

Demografische kenmerken die werden onderzocht waren de leeftijd bij aanvang van de zorg, het opleidingsniveau (0 = *geen opleiding of basisonderwijs*, 1 = *hoger dan basisonderwijs*)⁵ en of de patiënt wel (1) of niet (0) in Nederland was geboren. Daarnaast werd onderzocht of de patiënt wel (1) of niet (0) eerdere behandeling gehad in een verslavingszorginstelling. Het geslacht van de cliënt werd niet meegenomen vanwege het lage percentage vrouwen in de gegevens (4.2%).

³ In een eerste operationalisatie was gekozen voor de aan- of afwezigheid van een cluster B persoonlijkheidsstoornis. Omdat van alle cluster B persoonlijkheidsstoornissen 82,18% een antisociale persoonlijkheidsstoornis was, werd gekozen om de aan- of afwezigheid van een antisociale persoonlijkheidsstoornis als variabele in de latente klassenanalyses op te nemen.

⁴ Voor de toekomstige factoren werden de 'uit zorg' scores gebruikt. Bij missende itemscores werd het gemiddelde berekend op basis van de HKT-R items waarvoor wel informatie beschikbaar was.

⁵ In een eerste operationalisatie was een driedeling aangemaakt met 0 = geen opleiding of alleen basisschool, 1 = MBO/middelbaar schooldiploma en 2 = HBO of hoger. De laatste categorie was echter te klein (7 cases) om statistische analyses mee uit te voeren. Vandaar dat is gekozen voor de tweedeling.

5.1.3 Analysemethode

Om de cliëntprofielen of -klassen op te stellen en de samenhang met andere variabelen te onderzoeken, werd een drie-staplatente klassenanalyse uitgevoerd in Latent GOLD 5.0 (zie Vermunt, 2010; Vermunt & Magidson, 2005). De methode bestaat uit drie stappen. In de eerste stap worden op basis van kenmerken over het middelengebruik, comorbiditeit, en criminogene risicofactoren klassen geschat die het beste bij de gegevens in de data passen. Deze klassen vormen een statistische beschrijving van verschillende groepen cliënten in de gegevens. In de tweede stap worden de cliënten ingedeeld in de klasse die gemiddeld het beste aansluit op de eigenschappen van de cliënt, waarbij rekening wordt gehouden met de eventuele onzekerheid van de indeling in de klassen. In de derde stap wordt bekeken hoe de indeling van de klassen samenhangt met andere factoren, namelijk het indexdelict, diagnoses aangaande middelengebruik, psychosociaal functioneren en demografische factoren.

In de latente klassenanalyse wordt een combinatie van nominale, ordinale en continue variabelen gebruikt. De variabelen harddrugs versus softdrugs of andere diagnose, mono- versus polygebruik, aanwezigheid van andere as 1 diagnose en stoornis op as 2, werden ingevoerd als nominale variabelen. De ernst van de verslaving en het aantal as IV beperkende factoren werden ingevoerd als ordinale variabelen. De totaalscores op de drie schalen van de HKT-R werden ingevoerd als continue variabelen. Missende data werden behandeld volgens de *full information maximum likelihood procedure* (Collins & Lanza, 2010). Dit betekent dat cliënten met missende waarden werden opgenomen in de analyses zonder imputatietechnieken.

In de eerste stap van de uitwerking van de latente klassenanalyse en modelselectie werden één tot acht clusters geschat. Van deze acht modellen werd het best presterende model geselecteerd. De modelselectie vindt plaats op basis van verschillende model fit statistieken. De Bayesian Information Criterion (BIC)—die wordt gezien als meest betrouwbare maat—wordt gebruikt om het model te beoordelen op de *model fit*, waarbij een lagere waarde van de BIC een beter model weergeeft. Daarnaast worden de modellen met elkaar vergeleken door middel van bootstrap -2 Log Likelihood (LL) tests, waarbij een *p*-waarde van kleiner 0,05 aangeeft dat de model fit van het model een significante verbetering is ten aanzien van het vorige model. Verder wordt gekeken naar de Entropy R^2 , waarbij een score van boven de .80 een optimale scheiding of onafhankelijkheid van klassen weergeeft. Daarnaast wordt gekeken naar de inhoudelijke interpreteerbaarheid en klinische relevantie van de modellen. Om de robuustheid van de modellen te inspecteren is een gevoeligheidsanalyse uitgevoerd.

In de tweede stap worden alle cliënten aan een klasse toegekend op basis van de uitgerekende kans per individu om bij een bepaalde latente klasse te horen (ofwel de *posterior latent class membership probability*). Om te corrigeren voor onzekerheid in de toekenning van cliënten aan de klassen, wordt een weging toegepast. De weging is gelijk aan de *posterior latent class membership probability*.

In de derde stap wordt de relatie tussen de opgestelde latente klassen uit stap één met het indexdelict, psychosociaal functioneren en demografische kenmerken geanalyseerd. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van de *maximum likelihood (ML)* procedure in Latent GOLD. Verschillen in het indexdelict, diagnoses aangaande middelengebruik, psychosociaal functioneren en demografische kenmerken tussen de latente klassen worden getoetst aan de hand van Wald toetsen. De somscores voor basale en relationele beperkingen zijn omgezet tot hele scores (integers) zodat ze in de software voor latente klassenanalyse kunnen worden verwerkt. Voor de indexdelicten is zowel gekeken naar de ordinale score die de ernst van het delict weergeeft als naar verschillen in de delicten zelf.

5.2 Resultaten

5.2.1 Beschrijvende statistieken

In tabel 1 worden de beschrijvende analyses weergegeven. Te zien is dat er ongeveer evenveel cliënten waren met een primaire stoornis in het gebruik van harddrugs (50,53%) als cliënten met een primaire stoornis in het gebruik van softdrugs, alcohol of andere middelen, inclusief pathologisch gokken (49,47%). Ook is te zien dat cliënten met meerdere middelen op as I in de meerderheid waren (71,04%) ten opzichte van één middel (28,96%). Bij 50,11% van de cliënten werd naast een middelenstoornis ook een andere psychiatrische as I stoornis geregistreerd in het EPD. Op as II was voor 49,26% van de cliënten geen persoonlijkheidsstoornis geregistreerd, voor 17,55% een antisociale persoonlijkheidsstoornis en voor 33,19% van de cliënten een andere persoonlijkheidsstoornis. Voor de HKT-R totaalscores was het gemiddelde 2,21 op de historische factor ($SD = 0,66$), 1,30 op de klinische factor ($SD = 0,66$) en 2,10 op de toekomstige factor ($SD = 0,89$).

De gemiddelde ernst van de indexdelicten was 3,60 ($SD = 1,73$), wat een relatief lage ernst van delicten weergeeft. Duidelijk is dat vermogen-profijs delicten (53,94%) de meest voorkomende indexdelicten waren in de onderzoeksgroep, gevolgd door delicten met licht geweld (12,15%) en vermogensdelicten met geweld (10,87%). Misbruik of afhankelijkheid van alcohol, cocaïne en cannabis waren de meest voorkomende diagnoses aangaande middelengebruik onder de cliënten (respectievelijk 54,97%, 53,70% en 48,41%), en misbruik of afhankelijkheid van opioïden en amfetamine werden minder vaak geregistreerd (respectievelijk 23,26% en 16,70%). De meeste cliënten hadden een relatief lage score op relationele beperkingen (score < 1 voor 57,11%) en op basale beperkingen (score < 1 voor 76,70%), wat weergeeft dat zij hier weinig beperkingen in hadden. Verder was de gemiddelde leeftijd 36 jaar ($SD = 9,22$) en het opleidingsniveau doorgaans laag (51,64% had alleen de basisschool gevolgd). Tenslotte bestond de onderzoeksgroep vooral uit personen die in Nederland waren geboren (76,88%) en had de meerderheid al eerder een behandeling ondergaan in een verslavingszorginstelling (66,67%).

Tabel 1

Overzicht van verslavingskenmerken, DSM-IV-tr diagnoses, risicotaxaties, en demografische kenmerken van cliënten in de forensische verslavingszorg

Variabele	% of $M(SD)$	n^a
Harddrugs vs. softdrugs/alcohol-overig		471
Softdrugs/alcohol/overig	49,47%	
Harddrugs	50,53%	
Mono- vs. Polygebruik		473
Monogebruik	28,96%	
Polygebruik	71,04%	
Ernst verslaving		391
Laag	19,69%	
Mild	9,72%	
Matig	16,62%	
Hoog	53,96%	
Aanwezigheid andere as I diagnose (%)	50,11%	473
As II diagnose		473
Geen persoonlijkheidsstoornis	49,26%	
Antisociale persoonlijkheidsstoornis	17,55%	
Andere persoonlijkheidsstoornis	33,19%	
Aantal as IV beperkende factoren		473
Geen	17,34%	
1 tot 3	45,03%	
4 of meer	37,63%	
Historische risicofactoren	2,21 (0,66)	470
Klinische risicofactoren	1,30 (0,66)	429
Toekomstige risicofactoren	2,10 (0,89)	386
Delict totaalscore (1 – 10)	3,60 (1,73)	440
Indexdelictscategorieën		469
Indexdelict opium	7,89%	
Indexdelict licht geweld	12,15%	

Variabele	% of <i>M(SD)</i>	<i>n</i> ^a
Indexdelict vermogen profijt	53,94%	
Indexdelict midden geweld	7,89%	
Indexdelict vermogen met geweld	10,87%	
Indexdelict zwaar geweld	6,40%	
Indexdelict leven	2,13%	
Indexdelict brandstichting	2,99%	
Diagnoses aangaande middelengebruik		473
Alcohol	54,97%	
Cannabis	48,41%	
Opioïde	23,26%	
Cocaïne	53,70%	
Amfetamine	16,70%	
Relationele beperkingen		464
Geen	57,11%	
Eén	31,03%	
Twee of meer	11,85%	
Basale beperkingen		455
Geen	76,70%	
Eén	18,68%	
Twee of meer	4,62%	
Leeftijd	36,00 (9,22)	473
Opleiding		335
Geen/basisschool	51,64%	
Hoger dan basisschool	48,36%	
In Nederland geboren (% ja)	76,88%	346
Eerder behandeld (% ja)	66,67%	401

^a Voor een aantal variabelen was niet voor alle cliënten gegevens beschikbaar vanwege onvolledigheden in de registraties in de EPD, MATE en HKT-R.

5.2.2 Modelselectie

In tabel 2 zijn de model fit statistieken van de een tot acht-klassenmodellen weergegeven. De BIC was het laagst voor de twee-klassenoplossing. De bootstrap -LL difference test liet zien dat iedere toevoeging van een extra klasse tot aan het zes-klassenmodel een significante verbetering was ten opzichte van het model met één klasse minder ($p < .05$). Vanaf het zeven-klassenmodel was de toevoeging van een extra klasse geen significante verbetering meer in termen van de kwaliteit van het model ($p > .05$).

Tabel 2

Toetsgegevens van de één- tot en met acht-klassenoplossingen (N = 473)

Aantal klassen	Aantal Parameters in het model	LL	BIC (LL)	Reduction of errors (Lambda)	Entropy R^2	Bootstrap -LL difference (p -waarde)
1	16	-3776,67	7651,89			
2	30	-3666,73	7518,24	.71	.62	.00
3	44	-3625,61	7522,22	.76	.69	.00
4	58	-3592,07	7541,36	.73	.68	.00
5	72	-3563,91	7571,27	.70	.67	.00
6	86	-3540,77	7611,21	.72	.69	.00
7	100	-3524,08	7664,08	.73	.70	.09
8	114	-3510,43	7722,99	.73	.71	.03

Noot. LL = Log Likelihood, BIC = Bayesian information criterion. De dikgedrukte waarden geven het best passende model weer.

Op grond van statistische en inhoudelijke overwegingen werd besloten om verder te werken met de drie-klassenoplossing. Bij het vergelijken van de BIC-waarde tussen de twee- en drie-klassenoplossing viel op dat de BIC voor de drie-klassenoplossing slechts minimaal hoger was dan de BIC voor het twee-klassenmodel (verschil = 3,98). Een nadere inhoudelijke inspectie van de klassen liet zien dat het toevoegen van een derde klasse een klinisch en inhoudelijk relevante subgroep onderscheidde ten opzichte van de twee-klassenoplossing. Het toevoegen van meer dan

drie klassen resulteerde vooral in het toevoegen van onderscheid binnen de klassen van het drie-klassenmodel. De Entropy R^2 van het drie-klassenmodel was .69, wat lager is dan de grenswaarde van .80. Echter, een Entropy R^2 van $\geq .70$ duidt nog steeds op goed gescheiden klassen (Nagin, 2005). De Entropy R^2 verschilde verder weinig tussen de modellen. De *reduction of errors* (Lambda) van het drie-klassenmodel was het hoogst van alle modellen (.76). Op grond van deze redenen werd gekozen voor een drie-klassenoplossing.

5.2.3 Uitkomsten drie-klassenoplossing

In Tabel 3 zijn de uitkomsten van de drie-klassenoplossing weergegeven. Het model verklaarde de meeste variantie van de toekomstige risicofactoren ($R^2 = .42$), historische risicofactoren ($R^2 = .30$), as II diagnose ($R^2 = .25$), poly- vs. monogebruik ($R^2 = .21$) en ernst van de verslaving ($R^2 = .19$). Het model is weergegeven in Figuur 2. Om de vergelijking tussen de indicatoren in de desbetreffende klassen te vergemakkelijken, werden alle voorspelde klasse-specifieke proporties en scores in het figuur weergegeven op een schaal van 0 tot en met 1. Hierna volgt een inhoudelijke omschrijving van de drie klassen.

Klasse 1: Ernstig verslaafde polygebruikers met een hoog toekomstig risicoprofiel

De eerste klasse vertegenwoordigde 49% van de cliënten in de forensische verslavingszorg en vormt daarmee de grootste van de drie klassen. Deze groep kenmerkte zich door een hoge mate van polygebruik (84%) en door een relatief ernstige verslaving (gemiddelde $M = 2,56$). Ten aanzien van de andere groepen had deze klasse het hoogste percentage harddrugdiagnoses als primaire diagnose (65%), alhoewel andere verslavingsdiagnoses ook voorkwamen. Antisociale persoonlijkheidsstoornissen waren niet aanwezig in deze klasse, maar wel andere persoonlijkheidsstoornissen. Deze groep scoorde bovengemiddeld hoog op toekomstige risicofactoren ($M = 2,59$) vergeleken met de andere twee klassen. Verder scoorde deze groep gemiddeld op historische en klinische risicofactoren in vergelijking met de gegevens van de gehele onderzoeksgroep (respectievelijk $M = 2,31$ en $M = 1,41$; zie Tabel 1).

Klasse 2: Monogebruikers met lage ernst van verslaving en een laag risicoprofiel

De tweede klasse vertegenwoordigde 31% van de cliënten in de forensische verslavingszorg. Er was een lichte oververtegenwoordiging van softdrugs, alcohol en niet-harddrug verslavingen als primaire middelenstoornis (67%), terwijl harddrugverslavingen ook voorkwamen (33%). Verder kenmerkt deze groep zich ten opzichte van de andere twee klassen door de laagste ernst van verslaving ($M = 1,48$). Vergeleken met de twee andere klassen had deze groep ook het laagste risicoprofiel op de historische factoren ($M = 1,72$), klinische factoren ($M = 1,00$) en toekomstige factoren ($M = 1,28$). Geregistreerde antisociale persoonlijkheidsstoornissen kwamen in deze groep relatief weinig voor (6%) terwijl andere persoonlijkheidsstoornissen gemiddeld even vaak aanwezig waren als in de andere twee klassen.

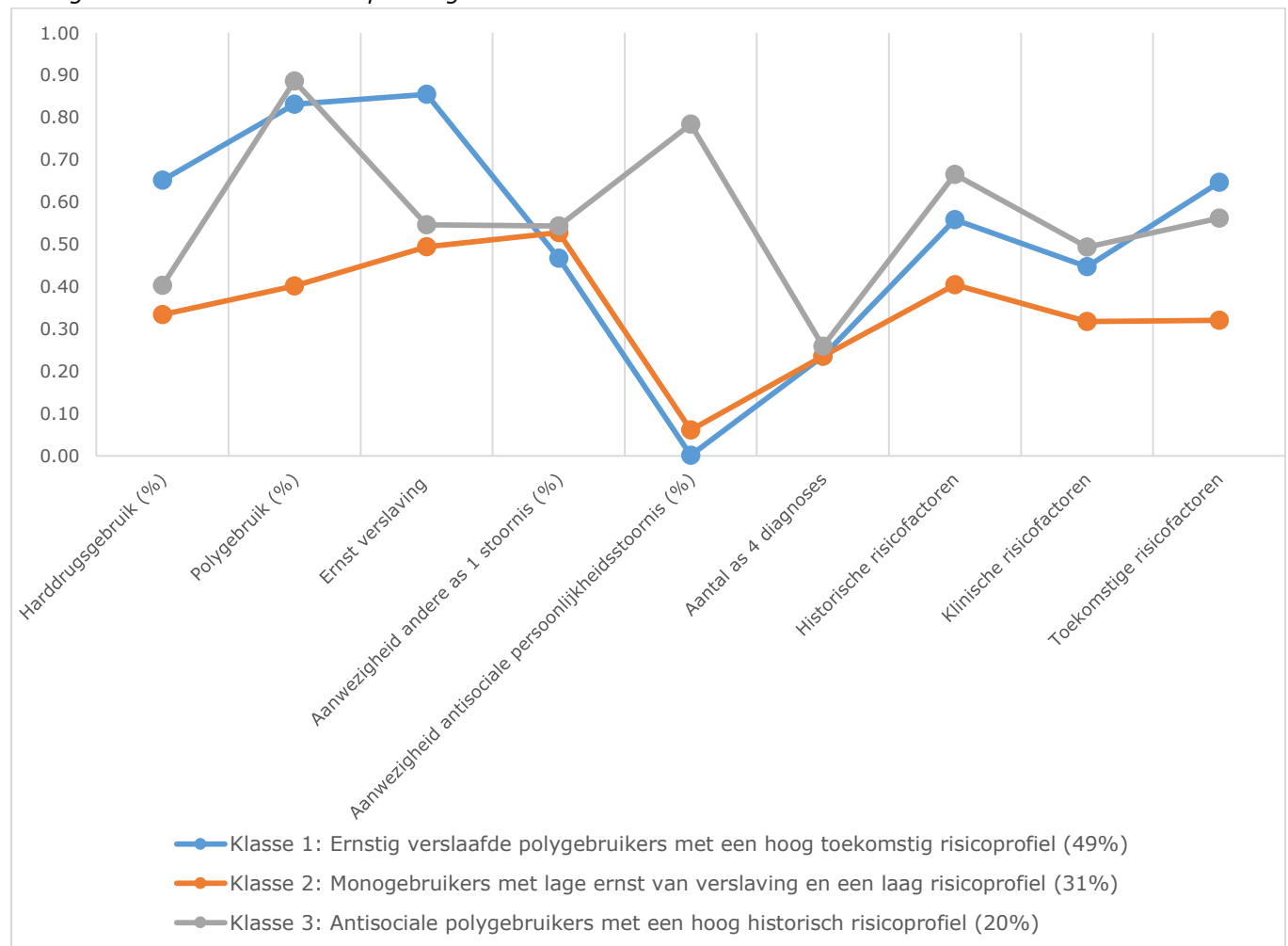
Klasse 3: Antisociale polygebruikers met een hoog historisch risicoprofiel

De derde klasse vertegenwoordigde 20% van de cliënten in de forensische verslavingszorg. Deze groep kenmerkte zich door vooral cliënten met een antisociale persoonlijkheidsstoornis (78%). De meeste cliënten in deze groep waren polygebruikers (89%). Desondanks was er in het algemeen sprake van een milde ernst van verslaving ($M = 1,64$). Daarbij was het verschil in ernst van de verslaving klein met klasse twee, maar was de ernst van de verslaving aanzienlijk lager dan in klasse één. De historische risicofactoren ($M = 2,72$) en klinische risicofactoren ($M = 1,56$) waren hoger dan in de andere twee klassen. Opvallend was dat deze klasse relatief lager scoorde op de toekomstige risicofactoren ($M = 2,25$) dan klasse één.

Tabel 3*Modeluitkomsten voor de drie-lassenoplossing (N = 473)*

Variabele	R^2		Klasse 1 (49%)	Klasse 2 (31%)	Klasse 3 (20%)
Harddrugs vs. softdrugs/alcohol/overig	.09	proportie harddrugs	0,65	0,33	0,40
		proportie softdrugs/overig	0,35	0,67	0,60
Poly- vs. monogebruik	.21	proportie polygebruik	0,83	0,40	0,89
		proportie monogebruik	0,17	0,60	0,11
Aanwezigheid andere as I stoornis	.00	proportie geen andere as I	0,53	0,47	0,46
		proportie wel andere as I	0,47	0,53	0,54
As II diagnose	.25	proportie geen as II diagnose	0,43	0,28	0,18
		proportie antisociale p.s.	0,00	0,06	0,78
		proportie andere as II p.s.	0,43	0,28	0,18
Ernst verslaving	.19	Gemiddelde (range: 0-3)	2,56	1,48	1,64
Aantal as IV factoren	.00	Gemiddelde (range: 0-2)	1,18	1,18	1,30
Historische risicofactoren	.30	Gemiddelde (range: 0-4)	2,31	1,72	2,72
Klinische risicofactoren	.11	Gemiddelde (range: 0-4)	1,41	1,00	1,56
Toekomstige risicofactoren	.42	Gemiddelde (range: 0-4)	2,59	1,28	2,25

Noot. R^2 = Proportie variantie van de variabele dat wordt verklaard door de 3-lassenoplossing. p.s. = persoonlijkheidsstoornis.

Figuur 2*Weergave van de drie-lassenoplossing*

5.2.4 Samenhang met indexdelict, psychosociaal functioneren, diagnoses aangaande middelengebruik en demografische kenmerken

In Tabel 4 wordt de samenhang tussen de klassen en indexdelict, psychosociaal functioneren, diagnoses aangaande middelengebruik, en demografische kenmerken weergegeven. De analyses werden uitgevoerd volgens de drie-stap methode in Latent GOLD 5.0. Ten eerste viel op dat de zwaarte van de indexdelicten significant verschilde tussen de klassen (Wald = 6,53, $p = .04$), waarbij de delicten in klasse drie gemiddeld het zwaarst waren. De gemiddelde ernst van de indexdelicten was ook tamelijk hoog in klasse twee, wat voornamelijk te verklaren is doordat in deze groep de hoogste voorspelde proportie brandstichtingsdelicten te vinden was—deze wordt in de indeling van Van Kordelaar (2003) als een zwaar indexdelict gerekend. Ten tweede verschilde de proportie opiumdelicten significant tussen de klassen (Wald = 6,77, $p = 0.03$). Dit type indexdelicten kwam het meeste voor in klasse twee. Ten derde verschilde de proportie vermogen-profijs delicten significant tussen de klassen (Wald = 20,58, $p < .01$). Deze kwamen het minst voor in klasse twee, en het meest in klasse één en drie. Voor overige delict typen werden geen significante verschillen gevonden tussen de groepen.

Wat diagnoses aangaande middelengebruik op as I betreft werd een significant verschil gevonden in de diagnoses met betrekking tot cannabis (Wald = 17,84, $p < .01$), opioïden (Wald = 16,98, $p < .01$), cocaïne (Wald = 50,63, $p < .01$) en amfetaminen (Wald = 6,66, $p = .04$). Diagnoses met betrekking tot cannabis opioïden, cocaïne en amfetaminen, kwamen het minst voor in klasse twee, terwijl deze diagnoses vaker voorkwamen in klasse één en drie. De klassen verschilden niet significant van elkaar in termen van de proportie alcoholdiagnoses (Wald = 5,14, $p > .05$). Daarnaast viel op dat de klassen significant van elkaar verschilden wat betreft eerdere behandelingen bij een verslavingszorginstelling (Wald = 21,10, $p < .01$). In klasse twee hadden de cliënten relatief gezien het minst vaak eerdere behandelingen gehad bij een verslavingszorginstelling. Ten slotte viel op dat de klassen significant van elkaar verschilden in termen van de basale beperkingen in het dagelijks functioneren van de cliënt (Wald = 13,72, $p < .01$), waarbij de probleemscores het hoogste waren voor klasse één en het laagst voor klasse twee. De klassen verschilden niet significant van elkaar in termen van leeftijd, opleidingsniveau en relationele beperkingen.

Tabel 4

Voorspelde klasse-specifieke percentages en gemiddelde scores

	Klasse 1	Klasse 2	Klasse 3	Wald	p -waarde	Sig.
Indexdelict score (gemiddelde, range: 1-10)	3,37	3,81	3,87	6,53	.04	*
Indexdelict type						
Opium	7%	14%	1%	6,77	.03	*
Licht geweld	12%	12%	15%	0,67	.72	n.s.
Vermogen profijt	63%	35%	63%	20,58	.00	**
Midden geweld	9%	7%	6%	0,68	.71	n.s.
Vermogen geweld	13%	7%	13%	2,06	.36	n.s.
Zwaar geweld	4%	9%	8%	2,01	.37	n.s.
Leven	0%	2%	7%	3,97	.14	n.s.
Brandstichting	1%	7%	2%	5,01	.08	n.s.
Middelendiagnose						
Alcohol	53%	51%	67%	5,14	.08	n.s.
Cannabis	51%	33%	66%	17,84	.00	**
Opioïde	34%	7%	23%	16,98	.00	**
Cocaïne	70%	19%	68%	50,63	.00	**
Amfetamine	22%	9%	16%	6,66	.04	*
Leeftijd (gemiddelde)	35,32	37,43	35,49	2,75	.25	n.s.
Opleiding (% hoger dan basisschool)	46%	59%	41%	3,96	.14	n.s.
Culturele herkomst (% Nederlands)	75%	82%	77%	1,23	.54	n.s.
Eerder behandeld	75%	46%	77%	21,10	.00	**
Relationele beperkingen (gemiddelde, range: 0-2)	64%	40%	56%	5,36	.07	n.s.
Basale beperkingen (gemiddelde, range: 0-2)	40%	11%	23%	13,72	.00	**

* $p \leq .05$, ** $p \leq .01$.

5.2.5 Gevoeligheidsanalyse

Om de robuustheid van het latente klassenmodel te testen werden meerdere gevoeligheidsanalyses uitgevoerd⁶. Ten eerste werd een model geschat waarbij cliënten met missende waarden niet werden opgenomen in de modelschatting ($N = 319$). In dit model steeg de Entropy R^2 naar .73, wat duidt op een verbeterde scheiding tussen de klassen ten aanzien van het oorspronkelijke model. In dit model verviel het antisociale profiel (klasse 3), en werd deze vervangen door een profiel welke hoofdzakelijk cliënten met andere as I stoornissen naast middelenproblematiek vertegenwoordigde (82%). De overige twee klassen bleven inhoudelijk gelijk aan het oorspronkelijke model.

Ten tweede werd het model opnieuw geschat, maar werden het indexdelict, het psychosociaal functioneren en de demografische kenmerken meegenomen als indicatoren van de latente klassen in plaats van als variabelen die voorspeld werden door de klassen zoals in de drie-stap methode⁷. In de drie-klassenoplossing van dit model verviel opnieuw het antisociale profiel en werd deze vervangen door een klasse die hoofdzakelijk vermogensdelicten als indexdelict vertegenwoordigde. De overige twee klassen bleven wederom inhoudelijk gelijk aan het oorspronkelijke model. Aangezien deze nieuwe derde klasse inhoudelijk weinig verschilde van klasse één in het oorspronkelijke en het nieuwe model, leek een tweeklassen-oplossing beter te passen bij de data. In dit geval bleven er twee klassen over die inhoudelijk overlaptten met klasse één en twee uit het oorspronkelijke model.

Ten derde werden cliënten waarvoor de HKT-30 was afgenomen in plaats van de HKT-R ook opgenomen in de analyse ($N = 481$). Alleen items uit de HKT-30 die vergelijkbaar zijn met de HKT-R werden hierbij opgenomen in de berekening van de totaalscores op de historische, klinische en toekomstige dimensies van de HKT. Items uit de HKT-30 die niet matchen met items van de HKT-R werden gecodeerd als missende waarden. In deze analyse verviel opnieuw de antisociale klasse en werd deze vervangen door een cluster dat zich hoofdzakelijk kenmerkt door de aanwezigheid van andere as I diagnoses naast middelenproblematiek (76%). De andere twee klassen bleven opnieuw gelijk aan het oorspronkelijke model. Het relatief kleine verschil tussen dit model en het oorspronkelijke model illustreert dat conclusies aangaande het antisociale profiel met enige voorzichtigheid moeten worden benaderd.

Samenvattend kan worden gesteld dat vooral het antisociale profiel gevoelig was voor veranderingen in de modelspecificatie, terwijl de andere twee profielen statistisch gezien robuust waren.

⁶ De uitkomsten van de gevoeligheidsanalyses worden niet gepresenteerd in het rapport. Op verzoek kunnen de resultaten van deze analyses worden opgestuurd.

⁷ In dit model zijn de variabelen die aangeven welk middel geregistreerd is op de as I niet meegenomen vanwege de overlap met de andere middelengerelateerde variabelen uit de DSM-IV-tr.

6. Wat zijn de praktische implicaties van de cliëntprofielen?

In het derde onderdeel is een expertpanel geraadpleegd om de praktische implicaties van de cliëntprofielen te onderzoeken. Deze sectie gaat in op de laatste onderzoeksvraag van het rapport: *Wat zijn de praktische implicaties van de onderscheiden cliëntprofielen?*

Om deze vraag te beantwoorden is een groep van 17 Nederlandse experts uit de forensische verslavingszorg en verslavingskunde benaderd met drie vragen over de relevantie van de gevonden profielen voor de klinische praktijk. De experts vormden onderdeel van de programmaraad Zorg en Veiligheid van Verslavingskunde Nederland (VKN), die vier keer per jaar bijeenkomt en vergadert over zaken omtrent forensische verslavingszorg, reclassering en verslavingskunde. Vanwege de corona-gerelateerde beperkingen voor fysieke ontmoetingen ten tijde van het schrijven van dit rapport, werd het expertpanel geraadpleegd per e-mail. Gekozen werd voor dit medium omdat dit naar mening van de onderzoekers de kans op een respons verhoogde ten opzichte van beeldbellen, aangezien ten tijde van de raadpleging sprake was van vakanties in meerdere regio's en afspraken met mensen rond vakantieperiodes moeilijk te maken zijn. Daarbij had een raadpleging van dezelfde expertgroep via beeldbellen in dezelfde periode slechts een respons van drie personen laten zien. In totaal werden de reacties van slechts zes experts verkregen.

Aan het expertpanel werd een omschrijving van de cliëntprofielen voorgelegd, inclusief een beschrijving van de factoren uit de derde analysestap wanneer deze een statistisch significante samenhang vertoonden met de latente klassen. De vragen die werden voorgelegd aan het expertpanel waren: (1) In hoeverre herkent u de geschetste cliëntprofielen in de praktijk? (2) In hoeverre denkt u dat de gevonden cliëntprofielen nuttig zijn voor de praktijk van de forensische verslavingszorg? (3) Wat betekenen deze cliëntprofielen voor de inrichting van de forensische verslavingszorg (intensiteit, duur, inhoud)? In de onderstaande sectie wordt een selectie van citaten van experts weergegeven dat een representatief beeld geeft van de inhoud van de gegeven reacties.

6.1 Herkenbaarheid van de cliëntprofielen

Omtrent de herkenbaarheid van de cliëntprofielen in de praktijk (vraag 1) van de reclassering en de forensische verslavingszorg gaven de experts uit het panel aan:

"Zijn [cliënten in het lage risicoprofiel] de uitgaansgewelddiënten? Impulsieve acties onder invloed zonder dat er sprake is van verslaving? Vaak zien we toch dat hier nog een wel een andere diagnose aan ten grondslag ligt toch? ADHD, LVB, etc. Dit lees ik niet terug in het profiel" (expert 1, beleidsadviseur reclasseringsorganisatie)

"Alle drie de profielen zijn herkenbaar [...]. Voor alle drie profielen de vraag, is er zicht op de aantallen cliënten die het lukt om uit 'de situatie' te komen? Wat is hierin dan de doorslag geweest? Hierin ben ik heel nieuwsgierig naar de uitkomst van groep twee. Als zij zich niet kunnen onttrekken uit de situatie schuiven ze mijn inziens op naar een of drie. [...] Ik mis verder de groep cliënten die primair verslaafd zijn aan één middel in combinatie met bijvoorbeeld LVB." (expert 2, manager reclasseringsorganisatie)

"Wat mij opvalt in de profielen die worden voorgelegd dat hier soms psychopathologie (zoals persoonlijkheidsproblematiek) een rol speelt en soms niet. In dit kader is het ook goed om iets te weten over het verband tussen stoornis en het middelengebruik. [...] Het is voor de behandelpraktijk denk ik waardevol om niet alleen cliëntprofielen vast te stellen (in de hoop dat een cliënt hier precies in past), maar ook om iets te kunnen zeggen wat het betekent wanneer een patiënt bepaalde kenmerken van een profiel heeft. Daarvoor moet je meer zicht hebben op hoe zaken als (poly)middelengebruik, psychopathologie en recidiverisico zich tot elkaar verhouden." (expert 4, wetenschappelijk adviseur forensische zorg)

"De ernst van de verslaving is bij [cliënten uit het antisociale profiel] niet hoog en hierbij kan gedacht worden dat de persoonlijkheidsproblematiek problematischer lijkt dan de verslavingsproblematiek, dit zou verder onderzocht dienen te worden." (expert 5, bestuurder verslavingszorgorganisatie)

"Ik denk zeker dat de profielen herkenbaar zijn voor de praktijk al is een driedeling misschien wel erg hoog over, en zou je tot een sub-categorisering moeten komen waarbij ook aspecten als leeftijd, duur van de verslaving en behandel- en toezicht historie kunnen bijdragen aan een meer gedifferentieerde indeling. [...] Met name de (historie van) geweldsdelicten lijken mij van belang om mee te wegen in het risicoprofiel. Dit geldt ook voor de LVB. Vooral deze laatste zal misschien lastig te duiden zijn vanwege ontbrekende diagnostiek maar wint wel steeds meer aan belang in de bejegening." (expert 6, beleidsadviseur reclasseringsorganisatie)

Uit de reacties valt af te leiden dat de profielen werden herkend in de praktijk van de reclassering en forensische verslavingszorg. Tegelijkertijd valt op dat omtrent de profielen, aanvullende vragen werden gesteld over andere kenmerken van de groepen, de behandelbaarheid van de groepen en de mate waarin verscheidene factoren met elkaar samenhangen. Ook werd opgemerkt dat andere groepen geen onderdeel uitmaakten van de profielen en deze werden gemist. Deze opmerkingen van de experts duiden daarmee enerzijds op herkenning in de praktijk en anderzijds op de wens tot verdere doorontwikkeling en verfijning van de profielen.

6.2 Nut van de cliëntprofielen voor de forensische verslavingszorg

Omtrent het nut van de cliëntprofielen voor de forensische verslavingszorg (vraag 2) gaven de experts aan:

"[Als] het doel is om [...] een beeld te geven van categorieën gekoppeld aan behandelsoort en -duur dan lijken [de profielen] mij geschikt." (expert 1, beleidsadviseur reclasseringsorganisatie)

"In het kader van behandeling/begeleiding zou het bij kunnen dragen aan de in te zetten acties ten behoeve van het herstel/stabilisatie van de problematiek van de betrokkenen. [...] Volgens [mij] moeten we de cliëntprofielen [...] registreren om uiteindelijk voldoende data voor handen te hebben om behandeling op maat mogelijk te maken." (expert 2, beleidsadviseur reclasseringsorganisatie)

"We kunnen hiermee in de toekomst meer op maat gerichte aanpak gaan inrichten die passend is bij het profiel." (expert 3, beleidsadviseur reclasseringsorganisatie)

"Inzicht hebben in de cliëntprofielen welke je behandelt is nuttig. Belangrijk is dat je de juiste interventies inzet om het recidiverisico te verlagen. Door zicht te hebben op de cliënten die je in huis hebt, kun je juiste interventies inzetten en medewerkers trainen in de verschillende profielen en onderzoeken wat het best passende aanbod is voor deze cliënten. [...] Tevens kun je bepaalde basis aanbieden wanneer bewezen is dat het effectief werkt bij een bepaalde groep cliënten." (expert 5, bestuurder verslavingszorgorganisatie)

Uit de reacties valt af te leiden dat de experts de cliëntprofielen nuttig vinden voor verdere inrichting van de forensische verslavingszorg (vraag 3), waarbij de zorg specifiek wordt aangepast op subgroepen binnen de algehele populatie van patiënten. Daarbij valt echter tegelijkertijd op dat de experts hierin een slag om de arm hielden en tevens vroegen om verdere registratie van aantallen en kenmerken van cliënten met de desbetreffende profielen. Tevens werden door de experts kanttekeningen geplaatst bij de profielen. Argumenten die hiervoor werden gegeven, waren dat de statische aard van de cliëntprofielen niet steeds passen bij de dynamische en complexe behoeften van de cliënten. De experts gaven aan:

"Is onze doelgroep niet te dynamisch om zo statisch naar ze te kijken? [...] Wanneer je afspraken gaat maken over duur en inhoud per profiel verdwijnt de schoonheid van de forensische zorg [...], juist omdat het niet is ingekaderd. [...] De quote van tegenwoordig is "doen wat nodig is" en in mijn beleving moet je dan juist niet gaan kaderen." (expert 1, beleidsadviseur reclasseringsorganisatie)

"Hierbij direct de kanttekening dat we ervoor moeten waken dat we niet alle cliënten in hokjes gaan stoppen, altijd de mogelijkheid om op maat te werken (denk aan overlappingsen bijvoorbeeld, past niet helemaal bij 1 maar is weer te zwaar voor 3) blijven behouden." (expert 2, beleidsadviseur reclasseringsorganisatie)

"De kanttekening is wel om op te passen voor stigmatisering en cliënten een hokje te plaatsen waar hij net wel of niet in past." (expert 3, beleidsadviseur reclasseringsorganisatie)

"[met sterker gedifferentieerde cliëntprofielen] denk ik dat je beter [...] een aantal zorgpaden of pakketten van interventies en toezichtintensiteit kunnen gaan beschrijven als richtlijn voor behandeling en toezicht." (expert 6, beleidsadviseur reclasseringsorganisatie)

6.3 Cliëntprofielen en Risk-Need-Responsivity

In de inleiding werd gesteld dat volgens het RNR-model een effectieve behandeling moet aansluiten bij de specifieke kenmerken en behoeften van de cliënt. Een logische vraag is dan op welke manier cliëntprofielen een begeleiding of behandeling kunnen bijstaan en ondersteunen. We herhalen het uitgangspunt dat de groep cliënten in de verslavingszorg zeer heterogeen is wat betreft aard van de delicten, type verslaving, psychopathologie en risico- en beschermende factoren. Hierdoor is de vraag *"Wat is er aan de hand met deze cliënt?" (Need principe)* moeilijk te beantwoorden, met als logisch gevolg dat het indiceren van een gepaste en gepersonaliseerde begeleiding/behandeling op maat moeilijk is. Cliëntprofielen kunnen herkenbaarheid en houvast bieden door een specifieke cliënt naast de drie klassen te leggen en te kijken bij welke klasse(n) hij/zij het beste aansluit (*face validity*). Zo is het waarschijnlijk dat een ernstig verslaafde cliënt die verslaafd is aan meerdere middelen in klasse één valt, een matig verslaafde cliënt in klasse twee, en een cliënt met een antisociale persoonlijkheidsstoornis in klasse drie. Hiermee wordt onmiddellijk duidelijk dat een cliënt in de praktijk in meer dan één klasse kan vallen en dat cliënten zelden te herleiden zijn tot één klasse. In de praktijk zullen individuele casussen vaak afwijken van de op groepsniveau opgestelde klassen.

Cliëntprofielen kunnen vervolgens richting geven aan de vraag *"Wat moet er met deze cliënt gebeuren en wat is de kans op herval?" (Risk principe)*. Zo weten we bijvoorbeeld op basis van dit onderzoek dat de groep cliënten in klasse twee minder hoog scoort op historische en klinische risicofactoren, minder polygebruik vertoont en relatief lager scoort op de ernst van verslaving dan de gemiddelde cliënt in de andere twee klassen. Wanneer een individuele cliënt overlap vertoont met de gemiddelde cliënt in klasse twee mag hypothetisch worden verwacht dat een begeleiding (in termen van intensiteit en duur) anders en korter zal verlopen dan bij een cliënt die overeenkomsten vertoont met de gemiddelde cliënt in klasse één.

Tenslotte kunnen cliëntprofielen ook bijdragen aan het *Responsiviteitsprincipe*, of de vraag *"Hoe moet een begeleiding inhoud en vorm worden gegeven?"* Bij een cliënt die overeenkomsten vertoont met de gemiddelde cliënt in klasse drie—een antisociale persoonlijkheidsstoornis, polygebruik, crimineel verleden en klinische problemen—zal de begeleider mogelijk van bij het begin aandacht moeten besteden aan de stijl van de begeleiding/begeleider en de leerstijl van de cliënt (specifieke responsiviteit) en is waarschijnlijk een hoge mate van structurering van de cliënt van belang, bijvoorbeeld met intensieve samenwerking met de reclassering. Bij een cliënt die meer overlap vertoont met de gemiddelde cliënt in klasse één is het waarschijnlijk dat de behandeling zich primair richt op het onder controle krijgen van het ernstige middelengebruik en kan wellicht worden gedacht aan een opname hiervoor. Voor de cliënt die meer overlap vertoont met de gemiddelde cliënt uit

klasse twee is het wellicht van belang om in te zetten op een erkenning van de relatie tussen het mildere middelengebruik en het delictgedrag.

7. Conclusie

Dit onderzoek vond plaats naar aanleiding van de werkconferentie forensische verslavingszorg op 6 november 2014, waar de wens werd uitgesproken om cliëntprofielen op te stellen voor de forensische verslavingszorg. De gedachte hierbij was dat afgebakende cliëntprofielen kunnen helpen om behandeltrajecten beter te laten aansluiten op de behoeften en eigenschappen van cliënten en dat dit naar verwachting positieve gevolgen heeft voor de effectiviteit van de behandeling en de kans op recidive kan verminderen. Het onderhavige onderzoek biedt een verdiepend en verkennend onderzoek naar de wetenschappelijke en empirische basis voor het opstellen van cliëntprofielen in de forensische verslavingszorg. Gegeven de sterke relatie tussen middelengebruik en criminaliteit (Lammers et al., 2014; Ramaekers et al., 2016; Spits, Oudejans, & Merks, 2016) en de specifieke eigenschappen van de doelgroep in de forensische verslavingszorg, is het van belang om herkenbare profielen op te stellen voor deze cliëntengroep. In het onderzoek is antwoord gegeven op drie onderzoeksvragen. In deze sectie worden de belangrijkste conclusies per onderzoeksvraag gegeven.

1. Welke cliëntprofielen worden onderscheiden binnen de nationale en internationale literatuur op het gebied van verslaving en criminaliteit?

Een systematisch literatuuronderzoek wees uit dat de beschikbare nationale en internationale literatuur zich hoofdzakelijk richt op specifieke doelgroepen in de forensische verslavingszorg. Ondanks de relevante inzichten die deze onderzoeken hebben opgeleverd, zijn de resultaten niet één op één overdraagbaar naar de doelgroep van dit onderzoek. Concluderend is er in de nationale en internationale literatuur onvoldoende empirische basis voor het opstellen van betrouwbare cliëntprofielen in de forensische verslavingszorg en is verder klinisch-empirisch onderzoek nodig.

2. Welke cliëntprofielen met betrekking tot verslaving en criminaliteit worden onderscheiden in databases van forensische verslavingszorginstellingen?

Op basis van gegevens uit het elektronisch patiëntendossier van 473 cliënten die ingeschreven waren bij Novadic Kentron, Tactus of Verslavingszorg Noord Nederland met een diagnose-behandel-beveiligingscombinatie (dbbc) in de jaren 2015-2017, werd een latente klassenanalyse uitgevoerd om cliëntprofielen op te stellen. Er werden drie profielen geïdentificeerd.

De eerste geïdentificeerde klasse betreft ernstig verslaafde cliënten met een hoog recidiverisico vanuit toekomstkenmerken (49%). Deze cliënt is vaker polygebruiker met ernstige verslavingsproblematiek. De cliënt is vaker veroordeeld voor vermogens- en profijtdelicten, wat wijst op verwervingscriminaliteit. De cliënt is doorgaans eerder in behandeling geweest bij een verslavingszorginstelling. Deze groep cliënten heeft het hoogste risico om te recidiveren in de situatie dat de cliënt op zichzelf aangewezen in de maatschappij zou moeten functioneren, vanwege het bestaan van veel toekomstige risicokenmerken. De cliënt kenmerkt zich daarnaast door een hogere mate van problemen in het dagelijks functioneren.

Deze groep van relatief ernstig verslaafde cliënten met een hoog toekomstig recidiverisico, waarbij hoofdzakelijk sprake is van polydruggebruik, is redelijk uniek in de literatuur naar cliëntprofielen. In de literatuur worden meer groepen onderscheiden met een hoog recidiverisico (bijv. Ball et al., 2000; Windle & Scheidt, 2004), maar de koppeling tussen de ernst van de verslaving, polygebruik en het risicoprofiel komt in andere onderzoeken niet zo sterk naar voren als in het huidige onderzoek.

De tweede geïdentificeerde klasse betreft hoofdzakelijk gebruikers van een enkel middel (monogebruikers)—meestal alcohol—met een relatief lage ernst van verslaving en een lager recidiverisico (31%). De cliënt vertoont relatief zelden polygebruik en vaker geen primaire diagnose rondom harddrugs. Ten opzichte van de andere twee groepen komen diagnoses rondom cannabis-, opioïde-, cocaïne- en amfetaminegebruik minder vaak voor. Zowel historische, klinische als toekomstige risicofactoren wijzen op een relatief laag recidiverisico ten opzichte van de andere groepen.

In studies naar cliënttypologieën komen vaker groepen voor met een relatief laag recidiverisico. In de studie naar tbs-patiënten met de gegevens van Fivoor onder tbs-patiënten met middelenproblematiek vonden Schmitter et al. (2020) een soortgelijke '*low-risk offender*' categorie. In deze categorie kwamen softdrugsdiagnoses vaker voor dan harddrugsdiagnoses, wat overeenkomt met het huidige profiel. Lagere risicogroepen werden ook gevonden in een onderzoek onder cliënten die vrijwillig deelnamen aan een programma voor de behandeling van middelenmisbruik en die veroordeeld waren voor lichte druggerelateerde misdrijven (Larsen et al., 2014) en in een onderzoek onder cliënten met alcoholproblematiek (Windle & Scheidt, 2004).

De derde en laatste geïdentificeerde klasse betreft antisociale polygebruikers met een hoog recidiverisico vanuit historische risicokenmerken (20%). Deze cliënt kenmerkt zich vooral door het feit dat er meestal een antisociale persoonlijkheidsstoornis wordt vastgesteld en geregistreerd is in het EPD. De persoonlijkheidsproblematiek lijkt daarbij problematischer dan de verslavingsproblematiek, ondanks dat de cliënt polygebruiker is. Het historisch recidiverisico (statische risicofactoren) is hoog. Net als de groep ernstig verslaafde cliënten, is ook deze groep cliënten vaker veroordeeld voor vermogens- en profijtdelicten dan de groep cliënten met een laag recidiverisico, en is deze groep cliënten doorgaans eerder in behandeling geweest bij een verslavingszorginstelling. De klinische en toekomstige risicofactoren wijzen op een matig recidiverisico. Er is sprake van een relatief zwaarder indexdelict dan het geval is bij de andere groepen.

Profielen met antisociale kenmerken komen vaker voor in studies naar cliënttypologieën. Schmitter et al. (2020) vonden met de gegevens van Fivoor onder tbs-patiënten met middelenproblematiek ook een profiel waarbij antisociale persoonlijkheidsstoornissen vaker voorkwamen, en waarbij veel historische risicofactoren aanwezig waren. Een belangrijk verschil met het huidige profiel is echter dat bij Schmitter et al. (2020) weinig toekomstige risicofactoren aanwezig waren, terwijl dat in het huidige profiel niet zozeer het geval is. Andere onderzoeken onder tbs-gestelden in forensisch psychiatrische centra vonden ook subgroepen die zich kenmerkten door antisociale persoonlijkheidskenmerken (Van der Veeken et al., 2017). Ook in een studie onder cliënten met alcoholproblematiek werd een antisociale subgroep geïdentificeerd (Windle & Scheidt, 2004). In deze studie gingen de antisociale persoonlijkheidskenmerken echter gepaard met een ernstigere mate van verslaving, terwijl dat in de antisociale subgroep die in deze studie is geïdentificeerd niet per definitie het geval is.

Concluderend sluiten de geïdentificeerde cliëntprofielen in het onderhavige onderzoek enigszins aan bij de profielen die in de nationale en internationale literatuur zijn beschreven, maar worden er ook verschillen gevonden. De indicatoren omtrent de ernst van de verslaving en polygebruik blijken naast statische en dynamische risicofactoren en persoonlijkheidsstoornissen belangrijke kernmerken te zijn om verschillende cliëntprofielen van elkaar te onderscheiden. Daarnaast is er een duidelijke relatie tussen harddrugsdiagnoses, een hogere ernst van verslaving en indexdelict (met name verwervingscriminaliteit). Wel zijn er verscheidene kanttekeningen te plaatsen bij de profielen. Deze worden verder besproken in het volgende hoofdstuk.

3. Wat zijn de praktische implicaties van de onderscheiden cliëntprofielen?

Om de praktische implicaties van de cliëntprofielen in kaart te brengen, werd een klein expertpanel geraadpleegd. Vanwege de beperkte omvang van het panel kunnen echter geen krachtige conclusies worden getrokken over de bruikbaarheid van de cliëntprofielen in het klinische veld. Desondanks kwamen er relevante inzichten uit het panel naar voren. De geschetste cliëntprofielen werden door het geraadpleegde expertpanel herkend. De geraadpleegde experts gaven tevens aan de cliëntprofielen nuttig te vinden om behandeltrajecten vorm te geven en aan te laten sluiten op de eigenschappen en behoeften van cliënten wat overeenkomt met de principes van het RNR model. Wel werd de noodzaak tot verdere verdieping van de profielen geuit. In het volgende hoofdstuk worden suggesties voor vervolgonderzoek gegeven om deze verdieping in toekomstig onderzoek aan te brengen.

Daarnaast plaatsten de experts de kanttekening dat vanwege het dynamische en complexe karakter van de doelgroep er gewaakt moet worden voor een statische koppeling tussen de profielen en uiteindelijke behandeling. Hiervoor is het van belang om te benadrukken dat de profielen gezien moeten worden als ankerpunten/handreikingen om een eerste indicatie te geven van de eigenschappen van een cliënt en welke behandeling kan worden opgestart. Juist vanwege de veranderbaarheid van kenmerken van cliënten moet responsief worden opgetreden om de goede fit te behouden tussen de problematiek van de cliënt en de gewenste aanpak. Desalniettemin is er ook een statisch aspect aan de cliënt wat niet meer verandert. Dit statische aspect blijft informatief tijdens behandelingen, zeker wanneer dit geclusterd kan worden in profielen. Ook deze statische informatie is van belang om tijdens de behandeling rekening mee te houden. Aan de hand van het RNR-model is geïllustreerd hoe de cliëntprofielen handvaten kunnen bieden voor behandelaren.

8. Discussie

8.1 Beperkingen van het onderzoek

De cliëntprofielen die in dit onderzoek zijn opgesteld werden door het expertpanel als herkenbaar ervaren. Wel werden kanttekeningen geplaatst bij het koppelen van specifieke behandeltrajecten aan de profielen. Naast deze kanttekeningen, is ook nog een aantal, meer methodologische en statistische kanttekeningen te plaatsen bij het onderzoek.

De eerste kanttekening heeft te maken met problemen rondom de registratie van persoonlijkheidsproblematiek. In de elektronische patiëntendossiers was bij 17,55% van de cliënten een antisociale persoonlijkheidsstoornis geregistreerd. Onderzoeken in diverse forensische populaties laten doorgaans veel hogere prevalentiecijfers zien van een antisociale persoonlijkheidsstoornis (zie bijvoorbeeld Popma, Blaauw & Bijlsma, 2012), waardoor het aannemelijk is dat er sprake is van onderrapportage van deze stoornis in de elektronische patiëntendossiers. In aansluiting hierop gaf een expert in het expertpanel aan: *"Je schrijft dat hier een antisociale persoonlijkheidsstoornis is, maar alle veroordeelden zijn antisociaal"*. De onderrapportage zou dan betekenen dat het profiel met antisociale persoonlijkheidsproblematiek, zoals geïdentificeerd in de latente klassenanalyse, hoofdzakelijk de groep betreft waarbij de (antisociale) persoonlijkheidsproblematiek overheerst ten aanzien van de verslavingsproblematiek. Met andere woorden: de antisociale persoonlijkheidsstoornis is duidelijk vast te stellen in aanwezigheid van de verslavingsproblematiek. Het tegenovergestelde lijkt het geval te zijn bij het geïdentificeerde eerste profiel, waarbij de verslavingsproblematiek duidelijk prominenter aanwezig is dan de antisociale problematiek. Bij beide profielen is andere pathologie derhalve dan niet uitgesloten, maar ligt dit duidelijk minder op de voorgrond. Deze gedachte, dat het meer gaat om de evidente manifeste psychopathologie dan om latente of minder prominent aanwezige stoornissen, heeft waarschijnlijk belangrijke consequenties voor het behandeltraject van de cliënt in kwestie. Zo kan bij een behandeling bijvoorbeeld ervoor worden gekozen om alleen de manifeste psychopathologie te behandelen, maar kan ook ervoor worden gekozen om na (succesvolle) behandeling van manifeste psychopathologie te kijken naar latente of minder prominent aanwezige psychopathologie. Tegelijkertijd mag niet worden uitgesloten dat er sprake is van een registratie-artefact, waardoor vervolgonderzoek noodzakelijk is.

Een tweede beperking heeft te maken met de geringe omvang van de het aantal cliënten waarvoor gegevens beschikbaar waren. Dit aantal was kleiner dan in eerste instantie werd verwacht. Dit werd veroorzaakt doordat gegevens over cliënten van IrisZorg en Fivoor niet in de analyses konden worden verwerkt. Daarnaast waren gegevens uit de elektronische patiëntendossiers en risicotaxaties voor een groot aantal cliënten niet aan elkaar te koppelen door niet overeenkomende cliëntnummers. Verder was bij meerdere cliënten waarbij wel gegevens aanwezig waren in de elektronische patiëntendossiers geen risicotaxatie verricht. Hierdoor kon bij minder dan een kwart van de cliënten een koppeling worden gemaakt tussen gegevens uit de elektronische patiëntendossiers en de risicotaxaties. Daardoor is ook selectieve uitval van cliënten niet uit te sluiten. Deze uitval van patiënten is mogelijk van invloed op de resultaten, omdat het bij grotere onderzoeksgroepen mogelijk is om gedetailleerdere klassen te identificeren (Collins & Lanza, 2009). Dit vraagt om verder onderzoek met grotere aantallen.

Onderzoek met grotere aantallen is bijvoorbeeld mogelijk door de tijdspanne van het onderzoek te vergroten. De gegevens over cliënten in het huidige onderzoek betroffen gegevens uit de periode van 2015 tot en met 2017. Dit zou voor toekomstig onderzoek kunnen worden uitgebreid met gegevens over recentere jaartallen. Ook hadden de gegevens betrekking op een periode waarbij nog niet duidelijk werd voorgeschreven welke instrumenten dienden te worden gebruikt voor de risicotaxaties. Vanaf 1 januari 2019 is het ambulante forensische veld verplicht om de Forensisch Ambulante Risico Evaluatie (FARE; Van Horn et al., 2016) af te nemen bij cliënten die ambulant worden behandeld en is de HKT-R of de HCR-20 verplicht bij cliënten die klinisch zijn opgenomen. Deze verplichtingen bieden de mogelijkheid om het onderzoek te herhalen over een tijdsperiode

waarbij de kans groter is dat er meer koppelingen van gegevens uit het elektronisch patiëntendossier met gegevens van risicotaxaties kunnen worden gemaakt.

De derde kanttekening is dat de klassen zich niet sterk van elkaar onderscheiden. De scheiding tussen de klassen (zoals o.a. aangegeven door de Entropy R^2) is ruim voldoende maar lager dan de grenswaarde (.80), waardoor klassen in een aantal opzichten overlappen. Het is goed denkbaar dat bij een grotere onderzoeksgroep minder sprake is van overlap tussen de klassen. Daarnaast is het mogelijk dat additionele niet-onderzochte indicatoren beter in staat zijn om cliëntprofielen van elkaar te onderscheiden. Hierbij kan worden gedacht aan de duur van de verslaving, specifieke combinaties van middelengebruik en de aanwezigheid van een licht verstandelijke beperking. Met name dit laatste kenmerk werd vaak genoemd door het expertpanel. Daarbij is het tevens mogelijk dat de klassen meer onderscheid ten opzichte van elkaar vertonen, wanneer meer gedetailleerde indicatoren worden gebruikt om de klassen op te stellen. In andere onderzoeken met de HKT-R of HKT-30 in de latente klassenanalyses (bijv. Schmitter et al., 2020; Van der Veeken, Bogaerts, & Lucieer, 2017; Van Nieuwenhuizen et al., 2011) werd doorgaans gebruik gemaakt van de afzonderlijke items van de risicotaxatie instrumenten, in plaats van de totaalscores zoals in dit onderzoek werd gedaan. Het gebruik van deze afzonderlijke items geeft ongetwijfeld een beter inzicht in de 'central eight' criminogene risicofactoren (criminele geschiedenis, pro-criminele attitudes, pro-criminele sociale omgeving, antisociale persoonlijkheid, problemen familie-/partnerrelaties, problemen school/werk, middelengebruik, problemen pro-sociale vrijetijds-/dagbesteding; Bonta & Andrews, 2017), en is daarmee wellicht meer geschikt om een sterker onderscheid aan te brengen in de klassen. In het onderhavige onderzoek konden de afzonderlijke items echter niet worden gebruikt, omdat de steekproefomvang daarvoor te gering was gegeven het aantal indicatoren in de analyses.

Een verdere beperking is de gevoeligheid van de resultaten voor relatief kleine aanpassingen in het statistische model. In een gevoeligheidsanalyse bleek met name het antisociale profiel onvoldoende robuust te zijn. Om deze reden is het van belang om de resultaten met enige voorzichtigheid te benaderen.

Een laatste beperking aan het onderzoek is dat slechts zes leden van het expertpanel reactie gaven op de vragen die aan hen werden gesteld. Een beperking aan het raadplegen van een expertpanel via e-mail is dat er geen interactie mogelijk is, zowel tussen onderzoekers en experts als tussen experts onderling. Een bijeenkomst van experts is daarom een goed alternatief voor toekomstig onderzoek. Bij toekomstig onderzoek is het wellicht raadzaam om experts vaker te bevragen dan wel andere responsbevorderende maatregelen toe te passen. Vanwege de besproken statistische beperkingen—met name het beperkte aantal cliënten waarvoor volledige gegevens beschikbaar waren—was een belangrijke overweging om in het onderhavige onderzoek niet verder in te zetten op het raadplegen van experts.

8.2 Toekomstig onderzoek

Toekomstig onderzoek naar cliëntprofielen in de forensische verslavingszorg kan met name baat hebben bij een grotere steekproefomvang en meer gedetailleerde indicatoren. Aanvullende indicatoren, zoals de aanwezigheid van licht verstandelijke beperkingen en de duur van de verslaving, zouden kunnen leiden tot sterker afgebakende cliëntprofielen. Daarnaast zouden dossierstudies, case studies en *mixed methods* studies geschikt kunnen zijn om meer verdieping aan te brengen binnen de cliëntprofielen, bijvoorbeeld over hoe de ernst van verslaving, polygebruik, psychopathologie en recidiverisico zich tot elkaar verhouden.

In dit onderzoek was het gegeven de opzet van het onderzoek niet mogelijk om uitspraken te doen over de samenhang tussen de cliëntprofielen en daadwerkelijke recidivecijfers. Dergelijk onderzoek is wel wenselijk om meer te kunnen zeggen over de waarde van de profielen voor het werken aan recidivevermindering binnen de forensische verslavingszorg. De huidige onderzoeksgegevens hebben betrekking op de periode 2015-2017, wat in 2022 de mogelijkheid biedt om de recidivecijfers 5 jaar na behandeling te koppelen aan de gegevens van dit onderzoek. Verder zou kunnen worden

onderzocht in hoeverre de profielen van cliënten veranderen over tijd door cliënten op meerdere momenten in de tijd te volgen. Dit is statistisch te onderzoeken met behulp van latente transitie analyses (Collins & Lanza, 2009).

Daarnaast is het van belang om te bestuderen in welke mate de cliëntprofielen te repliceren zijn met uitgebreidere data.

8.3 Implicaties

Het onderzoek vormt een eerste stap naar het opstellen van empirisch gefundeerde cliëntprofielen in de forensische verslavingszorg. Vanwege de genoemde beperkingen is het in onze optiek echter nog te vroeg om behandeltrajecten (in termen van inhoud, duur, kosten) te verbinden aan de opgestelde cliëntprofielen. Hiervoor is de empirische basis nog te fragiel. Hoewel de opgestelde cliëntprofielen werden herkend door leden van het expertpanel, zijn er zowel statistische als inhoudelijke redenen om vooralsnog de behandeltrajecten niet te koppelen aan de opgestelde cliëntprofielen. Er is nader onderzoek nodig om te bouwen aan een stevige empirische basis. Dit is een voorwaarde om praktische en klinische implicaties te verbinden aan de cliëntprofielen. Het onderhavige onderzoek biedt verscheidene aanknopingspunten voor toekomstig onderzoek. Het is waarschijnlijk dat toekomstig onderzoek met grotere aantallen cliënten een fijnmaziger beeld oplevert van de cliëntprofielen dan de drie cliëntprofielen die in dit onderzoek geïdentificeerd zijn. Als per cliëntprofiel duidelijk is welk behandeltraject gemiddeld het meest effectief is voor het verlagen van recidivecijfers, dan hebben gedetailleerde cliëntprofielen de potentie om professionals over optimale behandeltrajecten voor de cliënt te kunnen informeren. Hiervoor is het noodzakelijk dat de cliëntprofielen gebaseerd zijn op stevige theoretische en empirische fundamenten, en dat nader onderzoek wordt verricht naar de relatie tussen cliëntprofielen, bijbehorende behandeltrajecten en recidivecijfers.

Referenties

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., Text Revision)*. American Psychiatric Association.
- Ball, S. A., Jaffe, A. J., Crouse-artus, M. S., Rounsaville, B. J., & Malley, S. S. O. (2000). Multidimensional subtypes and treatment outcome in first-time DWI offenders. *Addictive Behaviors*, 25, 167–181.
- Blaauw, E., Greeven, P., & van Luijk, B. (2012). Diagnostiek en indicatiestelling. In E. Blaauw & H. Roozen (Eds.), *Handboek forensische verslavingszorg* (pp. 77–108). Bohn Stafleu van Loghum.
- Bogaerts, S., & Spreen, M. (2011). *Persoonlijkheidspathologie, slachtofferschap vóór het 18e levensjaar, huiselijk geweld en delict informatie in een klinische groep terbeschikkinggestelden*. Den Haag: Ministerie van Justitie en Veiligheid, WODC.
- Bonta, J., & Andrews, D. A. (2007). *Risk-need-responsivity model for offender assessment and rehabilitation* (Corrections Research User Report No. 2007-06). Public Safety Canada.
- Bonta, J., & Andrews, D. A. (2017). *The psychology of criminal conduct* (6th ed.). Routledge.
- Collins, L. M., & Lanza, S. T. (2010). *Latent class and latent transition analysis: With applications in the social, behavioral, and health sciences*. Wiley.
- Kersten, T., & Verwaaijen, S. (2012). Verslavingszorg in de tbs-kliniek. In E. Blaauw & H. Roozen (Eds.), *Handboek forensische verslavingszorg* (pp. 165–183). Bohn Stafleu van Loghum.
- Lammers, S. M. M., Soe-Agnie, S. E., De Haan, H. A., Bakkum, G. A. M., Pomp, E. R., & Nijman, H. J. M. (2014). Middelengebruik en criminaliteit: Een overzicht. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 56, 32–39.
- Larsen, J. L., Nylund-Gibson, K., & Cosden, M. (2014). Using latent class analysis to identify participant typologies in a drug treatment court. *Drug and Alcohol Dependence*, 138, 75–82.
- Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., ... Stewart, L. A. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic Reviews*, 4, 1–9.
- Moulin, V., Palix, J., Golay, P., Dumais, A., Gholamrezaee, M. M., Azzola, A., ... Conus, P. (2017). Violent behaviour in early psychosis patients: Can we identify clinical risk profiles? *Early Intervention in Psychiatry*, 517–524.
- Nagin, D. S. (2005). *Group-based modeling of development*. Harvard University Press
- Popma, A., Blaauw, E., & Bijlsma, E. (2012). Psychiatrische comorbiditeit van verslaving in relatie tot criminaliteit. In Blaauw, E., & Roozen, H. (Red.), *Handboek Forensische Verslavingszorg* (pp. 21-40). Bohn, Stafleu en van Loghem.
- Ramaekers, J. G., Verkes, R. J., van Amsterdam, J. G. C., van de Brink, W., Goudriaan, A.E., Kuypers, K.P.C., Arends, R. & Schellekens, A.F.A. (2016). *Middelengebruik en geweld. Een literatuurstudie naar de relatie tussen alcohol, drugs en geweld*. Universiteit Maastricht - Faculteit Psychologie en Neurowetenschappen.
- Schippers, G., Broekman, T., & Buchholz, A. (2011). *MATE: Handleiding en protocol*. Bêta Boeken.
- Schmitter, M., Vermunt, J., Blaauw, E., & Bogaerts, S. (2020). Risk classes of patients diagnosed with substance use in Dutch forensic psychiatric centers. *Journal of Forensic Practice (in review)*.
- Sevigny, E. L., & Coontz, P. D. (2008). Patterns of substance involvement and criminal behavior: A gender-based cluster analysis of Pennsylvania arrestees. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 52 (4), 435–453.
- Spits, M., Oudejans, S., & Merckx, M. (2016). *Middelengebruik en criminaliteit: Inventarisatie van de "state of the art" van onderzoek naar het verband tussen middelengebruik en criminaliteit relevant voor de reclassering*. Kwaliteit Forensische Zorg.

- Spreeen, M., Brand, E., Horst, P. Ter, & Bogaerts, S. (2014). *Handleiding HKT-R: Historische, Klinische en Toekomstige - Revisie*. Dr. van Mesdag Kliniek
- Vermunt, J. K. (2010). Latent class modeling with covariates: Two improved three-step approaches. *Political Analysis*, 18 (4), 450-469.
- Vermunt, J. K., & Magidson, J. (2005). *Latent Gold 4.0 user's guide*. Statistical Innovations.
- Van der Veecken, F. C. A., Bogaerts, S., & Lucieer, J. (2017). Patient profiles in Dutch forensic psychiatry based on risk factors, pathology, and offense. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 61 (12), 1369-1391.
- Van Horn, J. E., Eisenberg, M. J., Bouman, Y. H. A., Van den Hanenberg, F. J. A. C., Van der Put, C. E., & Bogaerts, S. (2016). *Forensisch Ambulante Risico Evaluatie (FARE)*. Kwaliteit Forensische Zorg.
- Van Kordelaar, W. F. (2003). Delictclusters en hun signaalwaarde voor gedragsdeskundig onderzoek. In T. I. Oei & M. S. Groenhuisen (Eds.), *Actuele ontwikkelingen in de forensische psychiatrie* (pp. 69-84). Kluwer.
- Van Nieuwenhuizen, C., Bogaerts, S., de Ruijter, E. A. W., Bongers, I. L., Coppens, M., & Meijers, R. A. A. C. (2011). *TBS-behandeling geprofileerd: een gestructureerde casussenanalyse*. Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC) en Ministerie van Veiligheid en Justitie.
- Wereldgezondheidsorganisatie (2014). *ICD-10: Internationale statistische classificatie van ziekten en met gezondheid verband houdende problemen* [tiende revisie]. WHO.
- Windle, M., & Scheidt, D. M. (2004). Alcoholic subtypes: Are two sufficient? *Addiction*, 99 (12), 1508-1519.
- Wits, E., Schellekens, A., Meerkerk, G., Stollenga, M., & Nagelhout, G. (2019). *Onderzoeksagenda verslavingskunde: Inventarisatie en prioritering van onderzoeksbehoeften*. IVO, NISPA, Stichting Zwarte Gat.

Bijlage 1: Systematische literatuur review



university of
 groningen

faculty of behavioural and
 social sciences

Cliëntprofielen in de forensische verslavingszorg: een systematische review

Naomi Banerji

Master Thesis – Clinical Forensic Psychology & Victimology

S3128571

Juli 2020

Department of Psychology

University of Groningen

Supervisor / Examiner: Anoeke Sluiter- Oerlemans

Second reviewer: Eric Blaauw

Abstract

De forensische verslavingszorg omvat een heterogene groep en is vanwege de combinatie en interacties tussen verslaving en psychopathologie, variatie in delicten en recidiverisico, een gecompliceerde groep voor behandeling. In afgelopen jaren is steeds vaker de noodzaak geuit om meer te weten te komen over deze groep, omdat behandeling efficiënter en effectiever gemaakt moet worden. In het huidige onderzoek is middels een systematische review getracht cliëntprofielen te onderscheiden in de forensische verslavingszorg populatie. Deze profielen zijn geïdentificeerd op basis van psychopathologie, risico- en beschermende factoren en delictgevaar om aan te sluiten op de principes van het gangbare Risk-Need-Responsivity model. In totaal konden zes profielen onderscheiden worden, te weten het antisociale profiel, het maladaptieve / affectieve profiel, het zuiver psychotische profiel, het profiel met gemengde problematiek, het profiel met ernstig middelengebruik en het profiel met gematigde problematiek. Aan de hand van deze afgebakende cliëntprofielen kunnen behandelplannen in de toekomst doelgerichter worden opgesteld en sluiten behandelingen beter aan op de behoeftes van elk profiel.

English:

The forensic addiction care population is very heterogeneous and due to the combination of and interactions between addiction and psychopathology, a variety in offences and recidivism risk, it is a complicated group for treatment. The need to know more about this population has grown over the past few years, as has the need make interventions and treatment more efficient and effective. The current systematic review aims to distinguish client profiles in the forensic addiction care population. The profiles are identified based on psychopathology, risk and protective factors and crime risk, to meet the principles of the common Risk-Need-Responsivity model. In total, six client profiles were identified, namely the antisocial profile, the maladaptive / affective profile, the pure psychotic profile, the profile with mixed problems, the profile with severe substance use and the mild profile. These separate client profiles can aid to make treatment plans better fitted to the characteristics and needs of each specific profile.

Clïëntprofielen in de forensische verslavingszorg

In de forensische populatie komt veel verslavingsproblematiek voor; bij ongeveer de helft tot tweederde van de gedetineerden is er sprake van verslavingsproblematiek (Bloem, Nijman & Bulten, 2011). De forensische verslavingszorg omvat de zorg aan verslaafde personen met een strafrechtelijke titel. De doelgroep is heterogeen. Bij een verslavingsstoornis is over het algemeen (en zo ook in de forensische populatie) vaak comorbiditeit met psychopathologie (Popma, Blaauw & Bijlsma, 2012). Ongeveer veertig tot zestig procent van de verslavingspopulatie heeft ooit een psychiatrische stoornis gehad en vijftien tot twintig procent heeft een verstandelijke beperking, welke in veel gevallen een bepaalde rol speelden in het plegen van het delict (Blaauw & Roozen, 2012). Daarnaast is er ook variatie in het type verslaving; rond de dertig procent van het gevangeniswezen kampt met een stoornis in alcoholgebruik en dertig tot veertig procent van de gedetineerden kampt met problematisch drugsgebruik (Blaauw & Roozen, 2012). Deze heterogeniteit maakt dat de forensische verslavingspopulatie een complexe behandelgroep is.

Tijdens de werkconferentie forensische verslavingszorg in november 2014 werd de oproep gedaan om meer onderzoek te verrichten naar homogene subgroepen (verder te noemen: cliëntprofielen) in de forensische verslavingszorg. Concreet werd opgeroepen door het KFZ (Kwaliteit Forensische Zorg) een systematische review uit te voeren die de reeds gepubliceerde cliëntprofielen beschrijft en om deze cliëntprofielen te vergelijken met de clusters die in de huidige cliëntpopulatie in verscheidene verslavingsinstellingen onderscheiden kunnen worden.

Het belang van het onderscheiden van meer homogene subgroepen binnen de forensische verslavingszorg kwam naar voren uit de dringende vraag van veel medewerkers in het vakgebied (Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, 2020). De forensische verslavingszorg verschilt van andere forensische zorgaanbieders, omdat de zorg voornamelijk op het verminderen van middelengebruik gericht is. Daarnaast is er sprake van een intensief samenwerkingsverband tussen de verslavingsreclassering en justitie, waarbij het behandelaanbod, de wensen van het toezicht en de rechterlijke macht geïntegreerd moeten worden (Expertisecentrum Forensische Psychiatrie, 2020). Door de combinatie van verslavingsproblematiek en psychopathologie zijn meerdere typen interventies noodzakelijk om het recidiverisico terug te dringen. Vanwege de grote heterogeniteit binnen de doelgroep is het lastig te bepalen welke interventies nodig zijn en het meest effectief zijn voor elke patiënt, in welke volgorde deze aangeboden zouden worden en hoe de bevorderende en belemmerende factoren voor behandeling in ogenschouw genomen kunnen worden (Blaauw & Roozen, 2012). Wanneer er meer bekend is omtrent de kenmerken van een specifieke subgroep forensische patiënten wat betreft interacties tussen verslavingsproblematiek, psychopathologie en het daarmee samenhangende recidiverisico, kan er meer delictgericht gewerkt worden en kan de zorg effectiever worden ingericht om zo goed mogelijk aan te sluiten op de behoeftes van een bepaald cliëntprofiel.

Hierbij wordt getracht de zorg in te richten volgens de richtlijnen van het Risk-Need-Responsivity (RNR) model, dat doorgaans gebruikt wordt in de forensische zorg (Bonta & Andrews, 2007). Dit model beschrijft drie beginselen waaraan interventies moeten voldoen met als doel de effectiviteit van de interventie te waarborgen. Het model is erop gericht de behandelingen specifiek af te stemmen op criminogene factoren en behoeftes die kenmerkend zijn voor een bepaalde patiënt. De zorg is dan allereerst specifiek aangepast op het recidiverisico ('Risk') van de gedetineerde ;

een 'gevaarlijke' patiënt heeft een intensievere behandeling dan een patiënt met een lager risico (Bonta & Andrews, 2007). Bij het 'Need'-principe wordt gekeken naar welke dynamische (veranderbare) factoren, die bijdragen aan het verhogen van het risico op recidive voor een individu (zoals gebrek aan huisvesting of sociaal netwerk), het doelwit van behandeling moeten vormen. Ten derde moet er bij het bepalen van de juiste interventie rekening worden gehouden met de responsiviteit en het referentiekader van de gedetineerde, wat wil zeggen dat het dient aan te sluiten op motivatie, intelligentie en leerstijl van de gedetineerde ('Responsivity') (Bonta & Andrews, 2007).

Enkele Nederlandse studies hebben onderzoek gedaan naar cliëntprofielen in de forensische verslavingszorg (Van der Veeken, Bogaerts en Lucieer, 2017; Van Nieuwenhuizen, Bogaerts, Ruijter, Bongers, Coppens en Meijers, 2011; Bogaerts en Spreen, 2011). Van der Veeken en collega's (2017) onderzochten patiënten in twee forensisch psychiatrische centra (FPC's) in Nederland en onderscheidde vier verschillende profielen, waaronder het antisociale profiel, het gemengde profiel met meerdere problematiek, het maladaptieve affectieve profiel, en het first offender psychotische profiel. In elk van de profielen bleek sprake van een stoornis in middelengebruik, waarbij elk profiel gekenmerkt werd door verschillende typen delicten, psychopathologie en recidiverisico. Eerder onderzoek onderscheidde een vergelijkbare maar iets andere set profielen. Bogaerts en Spreen (2011) en Van Nieuwenhuizen en collega's (2011) deden tevens onderzoek binnen FPC's in Nederland en vonden drie profielen, waaronder psychotische patiënt met meerdere problematiek (overeenkomend met het gemixte profiel van Van der Veeken en collega's), de (typisch) psychotische patiënt (overeenkomend met de psychotische first offender) en de patiënt met seksuele problematiek en seksuele delicten (overeenkomend met het maladaptieve affectieve profiel). Het laatstgenoemde profiel werd niet aangetroffen door Bogaerts en Spreen (2011). Hieruit blijkt dat er nog geen overeenstemming is over welke profielen er te onderscheiden zijn. Tevens is onderzoek naar cliëntprofielen tot nu toe beperkt was tot forensische instellingen zoals FPC's en is nog geen onderzoek gedaan is naar de profielen binnen verslavingsinstellingen, waardoor het huidige beschikbare onderzoek nog niet voldoende representatief is voor de gehele forensische verslavingszorg populatie.

Nog niet eerder werd er een systematische review naar de cliëntprofielen in de forensische verslavingszorg uitgevoerd. Een ander belangrijk, vernieuwend aspect van deze review is dat de cliëntprofielen gekoppeld zullen worden aan evidence-based behandelopties op basis van de bestaande zorgprogramma's die zijn opgesteld voor de forensische populatie. Middels deze review wordt getracht een duidelijk overzicht te geven van de profielen die onderscheiden kunnen worden, zodat er meer unanimiteit zal zijn over de invulling van de forensische verslavingszorg en de inhoudelijke verdeeldheid en overeenkomsten binnen de verslavingspopulatie. Daarnaast wordt getracht advies uit te brengen over de optimale behandelopties per cliëntprofiel.

Samenvattend kan gesteld worden dat er in de literatuur verschillende profielen in de forensische verslavingszorg worden onderscheiden. In deze systematische review is onderzocht welke patiëntprofielen binnen de forensische verslavingszorg, die beschreven zijn in de internationale literatuur, te onderscheiden zijn. Hierbij werd in het onderscheiden van deze groepen vooral gekeken naar verschillen in typen delicten, psychopathologie en risico- en beschermende factoren, omdat deze factoren het meest van belang zijn bij het opstellen van een adequaat behandelingsplan, en samenhangen met verslavingsproblematiek, en dus het meest relevant zijn

voor implementatie (Lans, Raaijmakers & Wits, 2015). De verwachting was dat er middels deze review een aantal cliëntprofielen konden worden onderscheiden die vaker geïdentificeerd worden dan anderen en dat unieke kenmerken van elk profiel in de toekomst als houvast zouden kunnen dienen voor het opstellen van geschikte behandelplannen. In de discussie van de resultaten worden vervolgens op basis van de zorgprogramma's van het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie suggesties gedaan voor behandelopties aansluitend bij elk profiel.

Methode

Literatuuronderzoek

Er is een systematisch literatuuronderzoek gedaan naar de te onderscheiden cliëntprofielen in de forensische verslavingszorg, waarbij gebruik is gemaakt van de nationale en internationale literatuur met betrekking tot het onderwerp. Hierbij is alle beschikbare literatuur gepubliceerd in de periode van 2000 tot en met 2020 gescreeend. De geraadpleegde elektronische databases zijn Psycinfo, Medline en Socindex, welke zijn geraadpleegd in de periode van 11 maart tot en met 14 april 2020. De systematische review is geschreven aan de hand van de PRISMA richtlijnen, welke terug te vinden zijn in Bijlage 1 (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses; Liberati, Altman, Tetzlaff, Mulrow, Gøtzsche et al., 2009).

In elke database is gebruik gemaakt van dezelfde zoekstrategie. Zoektermen die gebruikt zijn omvatten verslaving, in combinatie met (forensische) zorg, een justitiële status, beschermende en risicofactoren en termen die verwijzen naar kenmerken, subtypen of profielen, waarbij ook gezocht is op studies die gebruik maakten van een (latente) klassenanalyse, factoranalyse of clusteranalyse bij het opstellen van de profielen. De (Engelstalige) zoektermen waren als volgt :
(AB ("addict*" OR "substance" OR "alcohol" OR "drug" OR "illicit substance*") AND ("care" OR "treatment" OR "program*") AND ("perpetrator*" OR "criminal*" OR "offender*" OR "law" OR "forensic") AND ("protective" OR "risk" OR "indicat*") AND ("cluster analy*" OR "latent class" OR "latent profile" OR "latent trait" OR "latent transition" OR "factor analy*" OR "profile" OR "typolog*" OR "subtype*"))

In- en exclusie criteria

Studietypen. De gevonden literatuur werd eerst beoordeeld op relevantie qua onderwerp, waarbij alle artikelen die op basis van titel en abstract betrekking leken te hebben op de juiste thema's werden geselecteerd. De thema's omvatten de forensische populatie en verslavingsproblematiek. Vervolgens werd de geselecteerde literatuur op relevantie en kwaliteit beoordeeld, waarbij sprake moest zijn van een empirisch onderzoek dat aan de kwaliteitseisen voldoet. Hierbij zijn de richtlijnen aangehouden van het Nationale Instituut Hart, Longen en Bloed (2014) welke terug te vinden zijn in Bijlage 2. In het kort, werden de studies beoordeeld op validiteit, betrouwbaarheid en consistentie. Verder werden enkel artikelen geïncludeerd die in het Engels of Nederlands geschreven waren, of in een van deze talen waren vertaald, en waarbij er (online) toegang tot het artikel verkregen kon worden.

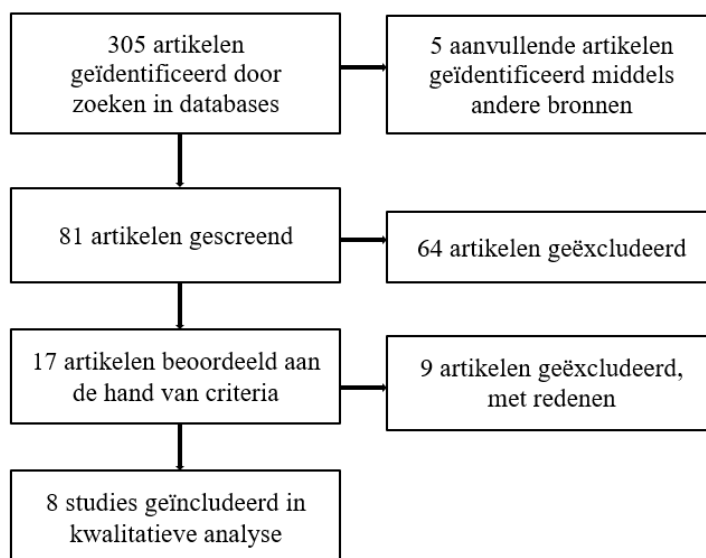
Participanten. Wat betreft de doelgroep van de studies was het uiteraard van belang dat er sprake was van een doelgroep van forensische patiënten (hieronder wordt verstaan mensen met een justitiële titel) met een verslaving. Demografische informatie omtrent de participanten per studie kan teruggevonden worden in Tabel 1.

Profielen. Een voorwaarde van inclusie was dat de besproken profielen van elkaar onderscheiden werden in psychopathologie, risico- en beschermende factoren en delictgevaar of type delicten. Enkel artikelen die een set profielen weergaven, welke gevonden waren door middel van een cluster- of latente klassenanalyse, zijn geïnccludeerd in de review.

Selectieprocedure. Middels het doorzoeken van de databases werden 158 artikelen gevonden in Psycinfo, 109 artikelen in Medline en 38 artikelen in Socindex. Naast het zoeken naar literatuur in de elektronische databases werden 5 artikelen gevonden door het scannen van referentielijsten van artikelen. Van deze in totaal 310 artikelen werden 81 artikelen geselecteerd op basis van relevantie met betrekking tot het onderwerp (forensische patiënten en verslavingsproblematiek). Vervolgens werden deze artikelen gescreend en beoordeeld aan de hand van de in- en exclusiecriteria. Deze criteria worden hieronder verder toegelicht. 64 artikelen werden geëxcludeerd met de reden dat zij niet voldeden aan de inclusie criteria. Vervolgens werden 9 artikelen geëxcludeerd omdat zij hun resultaten niet middels een statistische analyse (clusteranalyse of latente klassenanalyse) hadden verkregen of (geen duidelijke) set profielen weergaven. Uiteindelijk werden 8 artikelen geïnccludeerd in de kwalitatieve analyse.

Behandelocties

Vervolgens werd, naar aanleiding van de gevonden cliëntprofielen, een overzicht gegeven van de meest optimale behandelopties per cliëntprofiel op basis van de zorgprogramma's opgesteld door het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.



Figuur 1. **Flowchart van geïnccludeerde literatuur.**

Studies	Jaar	N	Participanten	Leeftijd	Studie-type	Analys e	Factoren geïncludeerd in analyse	Geïdentificeerde profielen	Percentage in de steekproef
Ball et al.	2000	246	Veroordeelde n voor rijden onder invloed, Amerika, Yale, 78% man	M=31.7	Follow-up	CA	Premorbide risicofactoren, ernst van symptomen van alcoholafhankelijkheid, alcohol-gerelateerde consequenties, psychiatrische problemen	1. Type A (minder problematisch) 2. Type B (erg problematisch; middelengebruik, psychologisch)	72% 28%
Bogaerts & Spreen	2011	801	TBS patiënten in vijf FPC's in Nederland, meerderheid man	M=onbekend	Follow-up	CA	Historische-Klinische-Toekomst-30 (HKT-30) items (H0, H3, H4, H5, H6, H7, K1, K4, K5, K6, K7, K11, K13, T3, T4, T5, T6); Justitieel verleden, gedragsproblemen voor 12 ^e , slachtoffer van geweld voor 18 ^e , hulpverlening in verleden, arbeids-/schoolverleden, problemen met middelen, probleeminzicht, impulsiviteit, empathie, vijandigheid, sociale en relationele vaardigheden, verantwoordelijkheid voor delict, copingvaardigheden, dagbesteding, vaardigheden, sociale netwerken, stresserende omstandigheden	<i>Psychotische groep:</i> 1. 'zuiver' psychotische groep 2. Psychotisch met historische problematiek 3. Gemengd profiel <i>Persoonlijkheidsstoornissen groep:</i> 4. Cluster B persoonlijkheid 5. Cluster B met psychose in het verleden 6. Weinig slachtofferschap voor 18 jaar	26% 35% 39% 49% 27% 23%
Larsen et al.	2014	989	Patiënten in 2 drug treatment courts in central California, 50% man	M=30 (range 18-	Case series, analytisch	LCA	Eerste arrestatie (<16), eerste alcoholgebruik (<16), eerste druggebruik (<16), geschiedenis van ernstige psychopathologie, psychologische problemen in afgelopen dertig dagen (<30d), familie conflict (<30d), vrienden conflict (<30d), alcohol problemen (<30d), problemen met drugs (<30d), medische problemen (<30d), type delicten, werkloosheid, geen hogere schooldiploma, weinig motivatie voor behandeling, geschiedenis van psychopathologie binnen familie, middelengebruik binnen familie	1. Subthreshold Need group 2. Psychological Problems group 3. Early Delinquent group	34% 43% 24%

Moulin et al.	2017	265	Patiënten in "treatment and early intervention for psychosis" programma in Zwitserland, 68% man	M=24 (range 18-35)	Follow-up, observatie	LCA	Vijandigheid, impulsiviteit, boosheid, emotionele instabiliteit, inzicht, nakoming medicatiegebruik, alcoholgebruik, cannabisgebruik, harddrugsgebruik, verslavingsstoornis, positieve psychotische symptomen	1. Hostility, impulsivity, emotional instability, positive symptoms psychosis, high SU 2. Lack of insight and lack of adherence, SU 3. Substance use (SU) and women 4. Few violent behaviour	41% 16% 13% 30%
Sevigny & Coontz	2008	377	Arrestanten in Pennsylvania met grote kans op vrijlating, 85% man	M=31-32	Case series, analytisch	CA	"onset" in adolescentie, recent gebruik, afhankelijkheid en behandel noodzaak voor alcohol/marihuana/cocaïne/heroïne, delict (geweld, eigendommen, drugs, verstoring van de openbare orde)	<i>Mannen:</i> 1. Violent alcoholics 2. Nuisance inebriates 3. Marijuana-using dealers 4. Alcohol- and cocaine-dependent hustlers 5. Illegal income-generating opiate addicts <i>Vrouwen:</i> 1. Violent alcoholics 2. Alcohol- and cocaine-dependent down-and-outs 3. Marijuana-using hustlers 4. Alcohol- and cocaine-dependent sex workers 5. Illegal income-generating opiate addicts	23% 10% 27% 12% 28% 23% 12% 33% 18% 14%
Van der Veecken et al.	2017	244	Patiënten met IBS, in 2 FPC's in Nederland, 100% man	M=38.2 (range 20-69)	Case series, analytisch	LCA	As-I diagnose, ernst van persoonlijkheidsstoornis, HKT-30 items (H01, H02, H05, H06, H09, H10, K01, K04, K05, K06, K07,	1. Antisocial profile 2. Mixed profile 3. Maladaptive/affective profile	31% 33% 21% 16%

							K08, K10, K11, K12, K13, F01, F02, F03, F04, F05, F06); Justitieel verleden, schending van afspraken, hulpverlening in verleden, arbeids-/schoolverleden, persoonlijkheidsstoornissen, psychopathie, probleeminzicht, impulsiviteit, empathie, vijandigheid, sociale en relationele vaardigheden, zelfredzaamheid, attitude jegens behandeling, verantwoordelijkheid voor delict, seksuele preoccupatie, copingvaardigheden, afspraken over toekomstige omstandigheden, materiële indicaties, dagbesteding, vaardigheden, sociaal netwerk, stresserende omstandigheden	4. Psychotic first offender	
Van Nieuwenhuizen et al.	2011	180	TBS patiënten in 13 FPC's in Nederland, meerderheid man	M=32	Literatuur syntheses, case series	LCA	Hoofddiagnose As-I (4 groepen; psychotische stoornis, stoornis in middelengebruik (mild/ernstig) en seksuele stoornis/genderidentiteitstoornis), Hoofddiagnose As-II (2 groepen; persoonlijkheidsstoornis cluster B en NAO), indexdelict (7 groepen; moord/doodslag, seksueel grensoverschrijdend gedrag bij minderjarigen/volwassenen, brandstichting, ernstig geweld, bedreiging, diefstal)	1. de psychotische patiënt met meervoudige problematiek 2. de typisch psychotische patiënt 3. De antisociale patiënt 4. De onder invloed verkerende patiënt 5. de patiënt met seksuele problematiek en delictgedrag	22.7% 25% 28.4%, 11.4% 12.5%
Windle & Scheidt	2004	802	Patiënten verblijvend in alcohol behandelcentrum, Amerika, New York, 60% man	M=34.4	Literatuur review & analyse	CA	Premorbide risicofactoren, alcoholgebruik en ander middelengebruik, consequenties, psychiatrische symptomen	1. Mild course 2. Polydrug 3. Negative affect 4. Chronic/ASP	45% 5% 11% 39%

Tabel 1. **Overzicht van geïnccludeerde studies.**

LCA = latent class analysis, CA = cluster analysis

*Indien bekend is de leeftijdsrange toegevoegd

Resultaten

Bij het opstellen van de resultaten van deze review werden alle geselecteerde artikelen vergeleken met betrekking tot het aantal en de kenmerken van de betreffende profielen. In totaal werden acht artikelen geïnccludeerd in de kwalitatieve analyse. Het aantal participanten per studie varieerde van n=176 tot n=989 en de participanten hadden diverse achtergronden (o.a. tbs-patiënten, patiënten veroordeeld voor rijden onder invloed). Het totale aantal participanten betreft n=3904. De onderscheiden profielen werden beoordeeld in elke studie en, mits voldoende overlap werd gevonden betreft de kenmerken en classificaties van deze profielen, geclusterd tot hoofdprofielen. Elk hoofdprofiel werd ten minste door twee studies empirisch ondersteund. Onderstaand worden deze geclusterde hoofdprofielen weergegeven. In totaal konden zes hoofdprofielen worden onderscheiden in de literatuur.

Profiel met antisociale kenmerken

In vier (van de in totaal 8 geïnccludeerde studies) werd een profiel met antisociale kenmerken aangetroffen. Van der Veeke en collega's (2017) vonden het 'antisociale' profiel (31% van de steekproef), waarbij in veel gevallen sprake was van een cluster B persoonlijkheidsstoornis (10% een meervoudige persoonlijkheidsstoornis), een verslavingsstoornis, diversiteit in delictplegingen (waaronder moord, mishandeling, seksuele misdaden of geweldsdelicten), veel historische risicofactoren en weinig dynamische risicofactoren. Daarnaast was er bij dit profiel sprake van een verhoogde impulsiviteit, veel middelen-gerelateerde veroordelingen en veel psychiatrische symptomen.

Van Nieuwenhuizen, Bogaerts, Ruijter, Bongers, Coppens en Meijers (2011) vonden ook een profiel met antisociale kenmerken (28% van de steekproef), waarbij zij tevens een cluster B persoonlijkheidsstoornis onderscheidde en daarnaast ernstig middelengebruik, vaak een tenlastelegging met een ernstig levensdelict, en dat personen in deze groep vaker kinderen hadden. Het antisociale gedrag lijkt bij deze groep in directe relatie te staan met het middelengebruik.

Bogaerts en Spreen (2011) deden onderzoek binnen een patiëntgroep met persoonlijkheidsstoornissen en een patiëntgroep met psychotische stoornissen, en vonden een profiel met een cluster B persoonlijkheidsstoornis (49% van de persoonlijkheidsstoornissen-steekproef), met daarnaast hoge scores op alle Historische, Klinische en Toekomst factoren van de HKT-30, behalve op het item dat psychotische symptomen in het verleden beschrijft. Verder werd in deze subgroep veel vijandigheid en impulsiviteit aangetroffen. Wat betreft de levensgeschiedenis was er sprake van een gemiddelde mate van slachtofferschap voor de leeftijd van achttien jaar.

Windle en Scheidt (2004) vonden het chronisch antisociale persoonlijkheidsprofiel (39% van de steekproef), waarbij opnieuw de diagnose van een antisociale (cluster B) persoonlijkheidsstoornis naar voren komt. Daarnaast vonden zij bij dit profiel dat er sprake was van ernstig drankmisbruik en dat deze groep van alle subtypen die zij in hun studie onderscheidde, het meest ernstige drinkpatroon en antisociaal gedrag had.

Profiel met maladaptieve / affectieve problematiek

In twee studies werd een profiel onderscheiden met ontwikkelings- en seksuele problematiek. Van der Veeke en collega's (2017) vonden het maladaptief-affectief gestoorde profiel (21% van de steekproef), gekenmerkt door pedofilie of pervasieve ontwikkelingsstoornissen, een persoonlijkheidsstoornis niet anders omschreven (NAO), ernstige (levens-)delictplegingen (waarbij vaak sprake is van moord of seksueel misbruik van kinderen), weinig historische risicofactoren en

daarentegen veel dynamische risicofactoren (waaronder sociale vaardigheden, empathie, verantwoordelijkheid voor het delict, probleeminzicht, seksuele pre-occupatie, copingvaardigheden en sociaal support). Daarnaast is er sprake van psychopathische kenmerken die vooral betrekking hebben op tekortkomingen in sociaal en emotioneel functioneren.

Van Nieuwenhuizen en collega's (2011) vonden eveneens een subgroep patiënten met seksuele problematiek en delictgedrag (12.5% van de steekproef), waarbij sprake was van een seksuele stoornis en/of genderidentiteitstoornis. Er is vaak sprake geweest van seksueel grensoverschrijdend gedrag bij kinderen, en in mindere mate bij volwassenen. Daarnaast is er weinig variëteit in delictplegingen en is er sprake van specialisatie, met daarnaast een kleiner percentage van brandstichting en gewelddadig gedrag. Er is binnen deze groep sprake van een hogere gemiddelde leeftijd en meer autochtonen. Ook waren patiënten er in het verleden vaak slachtoffer van seksueel misbruik of pesten. In deze groep is een mindere ernst van middelenproblematiek en waren er minder vaak hulpverleningscontacten in het verleden.

Profiel met zuiver psychotische symptomen

Drie studies onderscheidden een profiel met hoofdzakelijk een psychotische stoornis met weinig comorbiditeit met andere stoornissen. Van der Veeke en collega's (2017) onderscheidden het profiel van de psychotische delictpleger (16% van de steekproef), waarbij er vaak sprake is van een indexdelict dat vaak de eerste (ernstige) delictpleging is, waarbij het in de meeste gevallen gaat om moord, welke vaak een reactie is op vijandigheid of emotionele responsiviteit. Daarnaast werd bij deze groep in meerdere mate een cluster A, C of niet anders omschreven persoonlijkheidsstoornis gediagnosticeerd en een verslavingsstoornis gevonden. Patiënten binnen deze groep hebben vaker een psychotische stoornis, weinig risicofactoren (zowel historisch als dynamisch; verminderd probleeminzicht, empathie, problematisch school- en werkverleden) en weinig tekenen van psychopathie en comorbiditeit.

Bogaerts en Spreen (2011) vonden het psychotische cluster (26% van de steekproef met psychotische patiënten), waarbij vaak sprake was van een diagnose van schizofrenie en sociale en interpersoonlijke problemen. Daarnaast ervoeren de patiënten problemen op het gebied van probleemoplossing en vaardigheden. Er leek nauwelijks sprake van persoonlijkheidsstoornissen, vijandig gedrag of impulsiviteit (ook wel bekend als de antisociale driehoek). In deze groep was weinig sprake van slachtofferschap voor de leeftijd van achttien jaar. Binnen het profiel van de psychotische patiënt werd nog een tweede subgroep onderscheiden (35% van de steekproef), welke meer slachtofferschap had ervaren in het verleden, meer school- en gedragsproblemen, een uitgebreidere hulpverleningsgeschiedenis en een zwaarder justitieel verleden. Echter, betreft dit een subgroep die kwantitatief, maar niet kwalitatief van de eerste zuiver psychotische subgroep verschilt voor wat betreft de risicofactoren. De derde subgroep onderscheiden binnen de psychotische patiënten betrof het gemengde profiel. Omdat dit profiel wel kwalitatief verschillend is van de twee bovengenoemde zuiver psychotische profielen, wordt het gemengde profiel verderop besproken onder het hoofdprofiel met gemengde problematiek.

In de studie van Van Nieuwenhuizen en collega's (2011) werd de typische psychotische patiënt als subgroep onderscheiden (25% van de steekproef). Binnen deze groep lijdten patiënten aan schizofrenie of een andere psychotische stoornis, en daarnaast werden binnen deze groep beduidend minder persoonlijkheidsstoornissen opgemerkt. Er is vaak sprake van een ernstige

delictpleging, in enkele gevallen mogelijk als gevolg van het ervaren van een hallucinatie of waan. Er is vaak sprake van een hoger opleidingsniveau binnen deze groep.

Profiel met gemengde problematiek, waarbij vaak comorbide psychotische symptomen

In vijf studies werd een profiel onderscheiden waarbij er sprake was van gemengde problematiek met meerdere problemen. Van der Veeke en collega's (2014) vonden een gemixt profiel met meerdere problematiek (33% van de steekproef) waarbij er met een cluster B persoonlijkheidsstoornis werd gevonden en in de helft van de gevallen comorbide psychoses, een verslavingsstoornis, veel historische risicofactoren (waaronder veel middelengebruik, eerdere opnames, eerdere veroordelingen) en daarnaast veel dynamische risicofactoren (waaronder probleeminzicht, empathie en copingvaardigheden). Tevens was er vaak sprake van een diversiteit in delictplegingen en waren er psychopathische kenmerken op te merken.

Bogaerts en Spreen (2011) vonden het gemengde profiel (39% van de psychotische steekproef), waarbij sprake was van een dominant psychotisch beeld met ernstige psychische stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen. Daarbij was er in dit profiel veel sprake van gedragsproblemen en antisociale kenmerken in de vorm van vijandigheid, een gebrek aan sociale steun en netwerken en blijvend disfunctioneren. Het gebrek aan adequate sociale vaardigheden en sociale steun vormt voor een deel (18%) een verklaring voor het slachtofferschap.

In de studie van Van Nieuwenhuizen en collega's (2011) werd de psychotische patiënt met meervoudige problematiek onderscheiden (23% van de steekproef). Bij dit profiel was er sprake van een diagnose van schizofrenie of andere psychotische stoornis, een cluster B persoonlijkheidsstoornis en in mindere mate een persoonlijkheidsstoornis NAO, diversiteit in delictplegingen en veelal meerdere opnames of ambulante zorg in het verleden. Daarnaast werd bij deze groep de laagste GAF-score geconstateerd, wat indiceert dat er sprake was van ernstige lijdensdruk en beperkingen in psychisch, sociaal en beroepsmatig functioneren (APA, 1994).

Larsen, Nylund-Gibson en Cosden (2014) vonden het profiel met psychologische problemen (43% van de steekproef), waarbij sprake was van een verhoogde kans op psychologische klachten, een familiegeschiedenis van psychologische problematiek, en een verhoogde kans op drugsproblematiek. Hoewel (comorbide) psychotische symptomen door Larsen en collega's niet gelinkt werden aan dit profiel, lag evenals bij de voornoemde profielen, de nadruk op (hoge kwetsbaarheid voor) gecompliceerde psychische stoornissen, waaraan de familiegeschiedenis van psychische problemen bijdroeg.

Moulin, Palix, Golay en collega's (2017) vonden een profiel waarbij er sprake was van vijandig gedrag, impulsiviteit, en emotionele instabiliteit (41% van de steekproef), welke geassocieerd werden met ernstig middelenmisbruik en positieve psychotische symptomen. Dit profiel is minder eenduidig passend onder het hoofdprofiel met gemengde problematiek, echter komt opnieuw de psychologische kwetsbaarheid, middelenmisbruik en psychose naar voren.

Profiel met een verslavingsstoornis als hoofdproblematiek

Drie studies onderscheidden een profiel waarbij hoofdzakelijk sprake was van een ernstige stoornis in middelengebruik. Onderscheidend van de andere profielen is hierbij dat de verslavingsstoornis in veel gevallen de hoofddiagnose is en veelal de kern of de oorzaak is van (aanvullende) problematiek bij patiënten binnen deze groep. In de studie van Van Nieuwenhuizen en collega's (2011) werd de onder invloed verkerende patiënt gevonden (11% van de steekproef). Bij dit profiel was er sprake van een aan middelen gebonden stoornis en een persoonlijkheidsstoornis

NAO, met daarnaast een diversiteit in delictplegingen. Ongeveer de helft van de personen in deze groep had een ernstig (levens)delict gepleegd (poging tot moord of doodslag) en vaak waren de misdrijven die zij pleegden druggerelateerd. Verder kwamen er in deze groep geen vrouwen voor en was de GAF-score van de patiënten in deze groep het hoogst vergeleken met de andere groepen.

Windle en Scheidt (2004) vonden het polydrug alcoholische profiel (5% van de steekproef), waarbij sprake was van middelenmisbruik met meerdere soorten drugs en gebruik van benzodiazepine. Wat betreft risicofactoren, werd er binnen deze groep het vaakst een familiegeschiedenis aangetroffen waarin criminaliteit en seksueel risicogedrag een rol speelden. Over het algemeen werd gevonden dat patiënten binnen deze groep verwikkeld zijn in drugsgebruikende en drug dealende netwerken, waarin tevens sex trading en seksueel risicogedrag een rol spelen.

In de studie van Ball, Jaffe, Crouse-Artus, Rounsaville en O'Malley (2000) werd het 'Type B' profiel gevonden, waarbij sprake was van ernstig middelenmisbruik, met indicaties van premorbide risicofactoren en psychosociale problematiek (28% van de steekproef). Patiënten die binnen het Type B-profiel zouden kunnen worden ingedeeld hadden over het algemeen een vroege aanvang van symptomen en er was vaker sprake van factoren als eerder middelenmisbruik binnen de familie, gebruik van meerdere middelen, angst en depressie.

Profiel met gematigde problematiek

In twee van de acht geïncludeerde studies werd een profiel onderscheiden, waarbij er sprake is van een milde stoornis in middelengebruik en gematigde psychische problematiek. Windle en Scheidt (2004) onderscheidden het verslavingsprofiel met mild verloop (45% van de steekproef). Bij deze groep was sprake van minder psychosociale problemen en minder vaak een verleden met psychopathologie, en er werd vaak meer motivatie opgemerkt bij patiënten voor de behandeling. Daarnaast was er sprake van een latere startleeftijd met betrekking tot het nuttigen van alcohol, een minder lange periode van overmatig drinken, minder familiegeschiedenis met betrekking tot alcoholmisbruik, minder middelengebruik en verslavingsproblematiek in de kindertijd en minder beperkingen en onthoudingsverschijnselen vergeleken met het hoofdprofiel met ernstig middelengebruik (zoals het eerder door Windle en Scheidt genoemde polydrug alcoholische profiel).

Larsen en collega's (2014) vonden een soortgelijke subgroep, met behoeften onder drempelwaarde (34% van de steekproef). Deze groep kenmerkte zich door weinig gemelde problemen met betrekking tot psychologisch functioneren, alcohol, drugs, medische zaken, vrienden, of familie. Daarnaast was er weinig sprake van bezorgdheid omtrent het vooruitzicht bij de intake, en werd minder vaak een verleden met psychopathologie gemeld ten opzichte van de andere door hen geïdentificeerde profielen (Larsen et al., 2014). Ook bij deze groep werd een grotere motivatie voor behandeling opgemerkt en was er sprake van een latere criminele betrokkenheid; arrestaties voor het 16^e levensjaar kwamen minder vaak voor.

Profielen	Psychopathologie	<u>Risico factoren</u> Historisch Dynamisch		Delicten	Aantal studies waarin geïdentificeerd
Antisociaal profiel	Persoonlijkheidsstoornis cluster B	Veel	Weinig	Divers en ernstig (gewelds- of levensdelict)	n=4
Maladaptieve / affectieve profiel	Ontwikkelings- en seksuele problematiek, persoonlijkheidsstoornis	Weinig	Veel	Specifiek en ernstig (seksueel misbruik of moord)	n=2
Puur psychotische profiel	Psychotische stoornissen	Weinig	Weinig	Ernstig (levensdelict, vaak eerste keer)	n=3
Gemengde profiel	Comorbide psychose, complexe psychologische problematiek, psychopathie	Veel	Veel	Divers	n=5
Profiel met ernstig middelengebruik	Stoornis in middelengebruik, persoonlijkheidsstoornis	Veel	Veel	Divers en ernstig (druggerelateerd)	n=3
Profiel met mild middelengebruik	Stoornis in middelengebruik	Weinig	Weinig	Minder ernstig (later begin criminaliteit)	n=2

Tabel 2. **Gevonden profielen in de literatuur (beknopt weergegeven).**

Discussie

Het doel van de systematische review was om de literatuur over cliëntprofielen in de forensische verslavingszorg populatie, gepubliceerd tussen 2000 en 2020, samen te vatten. De verwachting was dat er een aantal 'hoofdprofielen' (gedefinieerd door verschillen in typen delicten, psychopathologie en risico- en beschermende factoren) naar voren zouden komen die in de toekomst als houvast kunnen dienen bij het opstellen van geschikte behandelplannen. In totaal werden acht artikelen geïnccludeerd in de kwalitatieve analyse (n=3904 (range 176-989)). Middels de kwalitatieve literatuur analyse zijn zes hoofdprofielen geïdentificeerd, welke ieder door twee of meer studies werden ondersteund, te weten het antisociale profiel, het maladaptieve / affectieve profiel, het puur psychotische profiel, het profiel met gemengde problematiek, het profiel met ernstig middelengebruik en het gematigde profiel.

De aangetroffen zes hoofdprofielen geven blijk van een grote heterogeniteit binnen de forensische verslavingspopulatie. Dit geeft tevens de noodzaak weer om deze groep onder te verdelen in homogene subgroepen. Het gemengde profiel werd het vaakst aangetroffen in de literatuur (n=5), waarbij steeds de nadruk lag op een (hoge kwetsbaarheid voor) gecompliceerde psychische stoornissen, middelenmisbruik en psychotische symptomen (welke echter door Larsen en collega's (2014) niet werden aangetroffen). De ruime bewijslast voor dit profiel zou verklaard kunnen worden door het feit dat er bij veel forensische patiënten sprake is van comorbiditeit en psychische stoornissen die op een complexe wijze met elkaar interacteren (Popma, Blaauw & Bijlsma, 2012).

Gezien de omvang van deze subgroep (met clusters waarin tussen de 22 en 41 procent van de patiënten worden ingedeeld), is het echter wel verrassend dat er binnen dit profiel vaak psychotische symptomen worden aangetroffen. Deze symptomen worden in de praktijk door een relatief kleine groep patiënten ervaren; binnen de reeds selecte groep van patiënten in FPC's was ongeveer een derde gediagnosticeerd met een psychotische stoornis (Nijman, van Marle & Kavelaars, 2006).

Het antisociale profiel werd tevens in meerdere mate ondersteund door de literatuur (n=4), en er was in elke studie sprake van een vrij eenduidige beschrijving met een cluster B persoonlijkheidsstoornis. Een mogelijke oorzaak voor het feit dat het profiel in meerdere mate werd aangetroffen binnen de forensische verslavingszorg populatie, is dat een antisociale persoonlijkheidsstoornis vaak in verband wordt gebracht met delictgedrag, vanwege de kenmerken van roekeloosheid, agressiviteit en impulsiviteit (APA, 2014). Een verhoogde impulsiviteit wordt tevens in combinatie met een stoornis in middelengebruik, door ontremming veroorzaakt door de middelen, weer versterkt (de Wit, 2009). Het psychotische profiel werd daarna het sterkst ondersteund door de literatuur (evenals het profiel met ernstig middelengebruik, n=3).

De profielen die slechts door één studie werden ondersteund, konden niet worden geclusterd en zijn hierom niet meegenomen in de kwalitatieve analyse. Dit was met de reden dat één studie als onvoldoende bewijslast werd gezien om deze subgroep als een hoofdprofiel binnen de populatie te onderscheiden. Dit blijft echter een punt van discussie en het is niet uit te sluiten dat deze subgroepen, ondanks de geringe bewijslast, niet daadwerkelijk te onderscheiden zijn binnen de forensische verslavingspopulatie.

De subgroepen die niet geïnccludeerd zijn in de analyse waren vaak gevonden door studies die een zeer selecte doelgroep hadden of een afwijkende manier van clustering. Een voorbeeld hiervan is de studie van Sevigny en Coontz (2008). Zij vonden vijf clusterings voor mannen en vijf voor vrouwen. Deze clusters waren minder eenduidig te koppelen aan een breder hoofdprofiel. Wanneer er binnen een profiel erg specifieke kenmerken werden gevonden (zoals het gevonden profiel door Sevigny en Coontz (2008) met een stoornis in marihuana-gebruik), was het niet mogelijk deze te koppelen aan een profiel waarbinnen dit kenmerk nog niet vaker was aangetroffen. Hierdoor is niet uit te sluiten dat er enige overlap is tussen de geïnccludeerde en geëxcludeerde profielen. De geëxcludeerde profielen verschilden van omvang wat betreft participanten; bijvoorbeeld het profiel met middelengebruik en vrouwen dat 13 procent van de doelgroep uitmaakte (Moulin et al., 2017), en het 'vroege delinquent' profiel waarin 24 procent van de participanten was ingedeeld (Larsen et al., 2014).

Implicaties

De cliëntprofielen kunnen als handvatten gebruikt worden om sneller effectieve zorg te bieden aan patiënten. Onderstaande aanbevelingen werden afgeleid van de informatie uit de literatuur over profielen en de bestaande zorgprogramma's opgesteld door het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP).

Patiënten ingedeeld in het antisociale cluster zijn gebaat bij een vaardigheidstraining in de vorm van een agressietraining en cognitieve gedragstherapie (Van Nieuwenhuizen et al., 2011). Verder kan farmacologische therapie waardevol zijn, evenals dialectische gedragstherapie, Schema Focused Therapy, systeemtherapie en vaktherapie (EFP, 2008c).

Voor patiënten ingedeeld in het maladaptieve/affectieve cluster worden interventies als cognitieve gedragstherapie en farmacotherapie aanbevolen als best-evidence door het

zorgprogramma als interventies met als doel het seksueel grensoverschrijdend gedrag te verminderen (EFP, 2008a). Interventies die het meest worden ondersteund door onderzoek zijn vaardigheidstrainingen die gericht zijn op sociale vaardigheden, seksueel en relationeel gedrag en medicamenteuze behandeling in de vorm van hormonale libidoremmers. Verder worden psychodynamische therapie, schematherapie en sociotherapie als best-practice interventies beoordeeld (EFP, 2008a).

Vanwege de psychotische symptomen van patiënten binnen het puur psychotische cluster, is farmacotherapie in de vorm van antipsychotica aanbevolen om de cliënt te stabiliseren voorafgaand aan verdere interventies en therapietrouw te verhogen (EFP, 2008b). Dit geldt ook voor patiënten ingedeeld in het gemengde profiel. Verder kan sociaal ondersteunende therapie van belang zijn in de vorm van assertive community treatment (ACT) (Van Nieuwenhuizen et al., 2011). Daarnaast wordt vaak cognitieve gedragstherapie, psycho-educatie, vaardigheidstrainingen en psychomotorische therapie toegepast, welke ook aanbevolen worden door het opgestelde zorgprogramma voor psychotische patiënten (eveneens bewegingstherapie en systeemtherapie) (EFP, 2008b).

Bij patiënten ingedeeld in het gemengde profiel zijn naast antipsychotische medicatie, vanwege de complexe aard en multiële problematiek, vaak meerdere interventies vereist die simultaan of sequentieel worden aangeboden. Afhankelijk van de supplementaire psychische problematiek moet aanvullende behandeling worden geïndiceerd.

Voor patiënten binnen het profiel met ernstig middelen gebruik is in de eerste plaats behandeling gericht op het middelengebruik van belang. De evidence-based interventies voor een verslavingsstoornis zijn volgens het zorgprogramma cognitieve gedragstherapie en Schema Focused Therapy (EFP, 2020). Als best practice interventie worden vaktherapie, sociotherapie, psycho-educatie en farmacotherapie genoemd.

Omtrent behandeling voor patiënten binnen het gematigde profiel is minder bekend. Dit heeft te maken met de mindere ernst van de problematiek, vergeleken met de andere groepen, en de geringe informatie die bekend is omtrent risicofactoren binnen deze groep.

Limitaties en suggesties voor vervolgonderzoek

Er zijn enkele belangrijke beperkingen aan huidig onderzoek op te merken. Ten eerste werden de zes profielen wisselend ondersteund door de literatuur. Het antisociale profiel en het gemengde profiel berustten op de meeste bewijslast (vier of vijf studies), de andere profielen werden minder ondersteund door de literatuur (drie of minder studies). Er werden ook profielen aangetroffen die maar in één artikel werden genoemd en verder niet werden teruggevonden in de literatuur. De verschillen in geïdentificeerde profielen en bewijslast zouden eventueel verklaard kunnen worden door de gebruikte onderzoeksmethoden binnen de studies. Bij het opstellen van de profielen is in elke geïnccludeerde studie gebruik gemaakt van een statistische analyse in de vorm van een cluster- of latente klassenanalyse. Hoewel deze methode zeer geschikt is voor beschrijvende statistiek, lijkt het vaak alsof er sprake is van een objectieve groepering, terwijl dit niet het geval is (Cracco & Thiery, 2001). Bij beide methoden wordt een preselectie gemaakt van factoren die meegenomen worden in de analyse en waarop de (sub)groepering dus wordt gebaseerd. In Tabel 1 wordt een overzicht gegeven van deze factoren, waaruit blijkt dat er een grote variatie is de geselecteerde factoren per studie. In sommige studies werden bijvoorbeeld persoonlijkheidskenmerken meegenomen in de analyse (zoals in de analyse van Van Nieuwenhuizen et al., (2011)), terwijl deze

informatie in andere studies niet werd geïnccludeerd. Dit zorgt voor verschillen in het fundament waarop de clusters gebaseerd zijn en maakt dat het lastiger is om de gevonden profielen van studies als eenduidig te clusteren en onderling met elkaar te vergelijken.

Er is nog weinig onderzoek gedaan naar cliëntprofielen binnen de forensische verslavingszorg, waardoor er in de huidige systematische review slechts acht artikelen konden worden geïnccludeerd. Daarnaast is er binnen de geïnccludeerde studies sprake van een grote variëteit in participanten. In de studie van Sevigny en Coontz (2008) werden bijvoorbeeld arrestanten in Pennsylvania bestudeerd, de studie van Van Nieuwenhuizen en collega's (2011) richtte zich op TBS-patiënten in Nederland en de studie van Ball en collega's (2000) onderzocht veroordeelden voor rijden onder invloed. Vanwege de uiteenlopende participanten is het aannemelijk dat er verschillende cliëntprofielen worden aangetroffen per studie en doelgroep. Overigens heeft uiteraard niet iedere instelling te maken met cliënten van elke subgroep (ernstig middelengebruik zal bijvoorbeeld vaker voorkomen binnen een verslavingsinstelling dan binnen een FPC). De steekproeven van de geïnccludeerde studies geven niet een volledig representatief beeld van de gehele populatie binnen de forensische verslavingszorg. Geen enkel onderzoek is uitgevoerd in de brede forensische verslavingszorg. Drie van de acht studies zijn uitgevoerd binnen FPC's (Van Nieuwenhuizen et al., 2011; Van der Veeken et al., 2017; Bogaerts en Spreen, 2011), welke maar een klein deel van de gehele forensische verslavingszorg uitmaken.

Verder kon bij het samenstellen van de profielen niet elk van de beginselen van het RNR-model geïntegreerd worden (Andrews & Bonta, 2007). Er werd weinig informatie gevonden in de literatuur met betrekking tot het recidiverisico behorend bij elk profiel; in geen van de geïnccludeerde studies werd een directe indicatie van het recidiverisico, een hoofdcomponent binnen het RNR model, meegenomen in de bepaling van de subgroepen. Hierdoor is het lastiger om de effectiviteit van de behandelingen te toetsen aan de hand van het RNR-model en uitspraken te doen over de behandelduur. Aangezien het risico-principe een cruciaal onderdeel is van het model en van groot belang bij het inrichten van gepaste zorg, is het belangrijk dat hier meer inzicht in wordt verkregen. Vooral omdat forensische zorg vaak in het eerste opzicht gericht is op het verlagen van dit recidiverisico en het dus als een hoofddoel van behandeling kan worden gezien. Toekomstig onderzoek zou dus gericht moeten zijn op het verkrijgen van meer inzicht in het recidiverisico per profiel, zodat behandelduur en -intensiteit hierop ingesteld kan worden.

Het profiel met ernstig middelengebruik en het milde profiel werden minder vaak teruggevonden in de literatuur dan de overige vier profielen en voornamelijk in studies die specifieke factoren in de analyse hadden geïnccludeerd met betrekking tot middelengebruik. Er zal dus meer onderzoek moeten plaatsvinden naar het daadwerkelijk bestaan van deze profielen in de praktijk. Daarnaast is het onduidelijk of het daadwerkelijk twee kwalitatief te onderscheiden profielen betreft, of dat de profielen voornamelijk in kwantitatieve ernst van elkaar verschillen. Dit is van name van belang met het oog op het feit dat bij de overige vier profielen eveneens sprake is van een stoornis in middelengebruik. Echter worden deze profielen daarnaast ook onderscheiden in andere vormen van psychopathologie die meer op de voorgrond staan. Dit roept vragen op met betrekking tot een eventuele overlap tussen subgroepen en de onderscheidbaarheid van de profielen.

In het huidige onderzoek werden aan de hand van zorgprogramma's aanbevelingen gedaan voor de meest effectieve behandelopties per profiel. In deze review is de effectiviteit van deze behandelingen echter niet getoetst, en in de toekomst zal hier uitgebreider onderzoek naar gedaan

moeten worden (mogelijk door consultatie van deskundigen) om concretere behandelplannen op te kunnen stellen en effectiviteit van de behandelingen te verzekeren.

Conclusie

Middels deze systematische review werden zes hoofdprofielen onderscheiden binnen de forensische verslavingszorg. Het antisociale profiel, het maladaptieve/affectieve profiel, het puur psychotische profiel, het profiel met gemengde problematiek, het profiel met ernstig middelengebruik en het milde profiel werden ondersteund door de literatuur. Deze profielen, in combinatie met de aanbevolen behandelingsmethoden, kunnen gebruikt worden bij het specialiseren en efficiënter maken van zorg die geboden wordt aan de forensische verslavingspopulatie. Toekomstig onderzoek zou gefocust moeten zijn op het vergelijken van de gevonden profielen in de literatuur met de praktijk, het bepalen van de invloed van de populatieverschillen op de profielen, het bepalen van een recidiverisico voor elk gevonden profiel (mits dit op profielniveau te onderscheiden is), en daarnaast het uitbreiden van de informatie die beschikbaar is omtrent de kenmerken van elk profiel en het toetsen van de effectiviteit van behandelingsopties. Een belangrijke noot is dat de forensische verslavingszorg immer gefocust moet zijn op het behandelen van het individu en dat de cliëntprofielen niet gebruikt dienen te worden om patiënten en behandeling te generaliseren, maar als richtlijnen om sneller en effectiever gepaste zorg te leveren.

Referenties

- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, D.C.: Author.
- American Psychiatric Association. (2014). Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5). Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition. Arlington: American Psychiatric Association.
- Ball, S. A., Jaffe, A. J., Crouse-Artus, M. S., Rounsaville, B. J., & O'Malley, S. S. (2000). Multidimensional subtypes and treatment outcome in first-time DWI offenders. *Addictive behaviors*, 25(2), 167–181. [https://doi.org/10.1016/s0306-4603\(99\)00053-2](https://doi.org/10.1016/s0306-4603(99)00053-2)
- Blaauw, E. & Roozen, H. (2012). *Handboek forensische verslavingszorg*. 10.1007/978-90-313-8851-6.
- Bloem, O., Nijman, H. & Bulten, B. (2011). Psychopathologie onder gedetineerden. In H. Groen e.a. (Red.), *Handboek forensische geestelijke gezondheidszorg* (pp. 153-162). Utrecht : De Tijdstroom.
- Bogaerts, S., & Spreen, M. (2011). Persoonlijkheidspathologie, slachtofferschap vóór het 18e levensjaar, huiselijk geweld en delict informatie in een kleine groep terbeschikkinggestelden. Den Haag, The Netherlands: Onderzoek in opdracht van het Ministerie van Justitie en Veiligheid, WODC.
- Bonta, J., & Andrews, D. A. (2007). Risk-need-responsivity model for offender assessment and treatment (User Report No. 2007-06). Ottawa, Ontario: Public Safety Canada.
- Cracco, J., & Thiery, E. (2001). Mogelijkheden en beperkingen van clusteranalyse: illustratie met WISC-R bij kinderen met leerproblemen. *Significant*, 1, 1-32.
- de Wit, H. (2009). Impulsivity as a determinant and consequence of drug use: a review of underlying processes. *Addiction biology*, 14(1), 22–31. <https://doi.org/10.1111/j.1369-1600.2008.00129>.
- Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP). (2008a). Seksueel grensoverschrijdend gedrag - Landelijk zorgprogramma voor plegers van seksuele delicten in de forensische psychiatrie. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.
- Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP). (2008b). Psychotisch kwetsbaar en delictgevaarlijk - Landelijk zorgprogramma voor forensisch psychiatrische patiënten met een psychotische kwetsbaarheid. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.
- Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP). (2008c). Persoonlijkheidsstoornissen - Landelijk zorgprogramma voor forensisch psychiatrische patiënten met persoonlijkheidsstoornissen. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.
- Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (EFP). (2020). Zorgprogramma Forensische Verslavingszorg. Landelijk zorgprogramma voor cliënten met problematisch middelengebruik en (een risico op) delictgedrag. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie. <https://efp.nl/publicaties/basis-zorgprogramma>
- LaBrie, R.A., Kidman, R.C., Albanese, M., Peller, A.J. and Shaffer, H.J. (2007), Criminality and continued DUI offense: criminal typologies and recidivism among repeat offenders. *Behav. Sci. Law*, 25: 603-614. doi:10.1002/bsl.769
- Lans, M., Raaijmakers, L., & Wits, E. (2015). Richtlijn problematisch middelengebruik in de forensische klinische zorg. Utrecht: Kwaliteit Forensische Zorg.

- Larsen, J. L., Nylund-Gibson, K., & Cosden, M. (2014). Using latent class analysis to identify participant typologies in a drug treatment court. *Drug and alcohol dependence, 138*, 75–82. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.02.003>
- Liberati, A., Altman, D.G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P.C., Ioannidis, J. P. A., Clarke, M., Devereaux, P. J., Kleijnen, J., Moher, D. (2009) The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies That Evaluate Health Care Interventions: Explanation and Elaboration. *PLoS Med* 6(7): e1000100. doi:10.1371/journal.pmed.1000100
- Moulin, V., Palix, J., Golay, P., Dumais, A., Gholamrezaee, M. M., Azzola, A., Baumann, P. S., Alameda, L., & Conus, P. (2019). Violent behaviour in early psychosis patients: Can we identify clinical risk profiles?. *Early intervention in psychiatry, 13*(3), 517–524. <https://doi.org/10.1111/eip.12512>
- Murphy, D. (2010). Understanding offenders with autism-spectrum disorders: What can forensic services do? Commentary on . . . Asperger syndrome and criminal behavior. *Advances in Psychiatric Treatment, 16*, 44-46. doi:10.1192/apt.bp.109.006775
- National Heart, Lung, and Blood Institute. (2014). Quality assessment tool for observational cohort and cross-sectional studies. Bethesda: National Institutes of Health, Department of Health and Human Services, 103-111.
- Nijman, H. L. I., van Marle, H., & Kavelaars, M. (2006). Psychotische patiënten in de TBS: Achtergronden, delictgedrag en behandeling. *Pedagogiek, 26*, 291-300.
- Popma, A., Blaauw, E., & Bijlsma, E. (2012). Psychiatrische comorbiditeit van verslaving in relatie tot criminaliteit. In E. Blaauw & H. Roozen (Red.), *Handboek Forensische Verslavingszorg* (pp. 21-39). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Raaijmakers, L., Rodenburg, G., Wits, E., & Lans, M. (2014). Achtergrondrapport bij de richtlijn problematisch middelengebruik in de forensische klinische zorg. Utrecht: Kwaliteit Forensische Zorg.
- Sevigny, E. L., & Coontz, P. D. (2008). Patterns of substance involvement and criminal behavior: a gender-based cluster analysis of Pennsylvania arrestees. *International journal of offender therapy and comparative criminology, 52*(4), 435–453. <https://doi.org/10.1177/0306624X07308947>
- Van der Veeken, F. C. A., Bogaerts, S., Lucieer, J. (2017). Patient profiles in Dutch forensic Psychiatry based on risk factors, pathology, and offense. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 61*(12), 1369-1391. <https://doi.org/10.1177/0306624X15619636>
- Van Nieuwenhuizen, C. H., Bogaerts, S., De Ruijter, E. A. W., Bongers, I L., Coppens, M., & Meijers, R. A. A. C. (2011). TBS-behandeling geprofileerd; een gestructureerde casussenanalyse. Wetenschappelijk onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC) Ministerie van Veiligheid en Justitie. Retrieved from <https://www.wodc.nl/onderzoeksdatabase/voorstudie-onderzoek-tbs.aspx?cp=44&cs=6779>
- Windle, M., & Scheidt, D. M. (2004). Alcoholic subtypes: are two sufficient?. *Addiction (Abingdon, England), 99*(12), 1508–1519. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00878.x>

Bijlage 1.1: PRISMA Richtlijnen voor Systematische Reviews

TITLE		
Title	1	Identify the report as a systematic review, meta-analysis, or both.
ABSTRACT		
Structured summary	2	Provide a structured summary including, as applicable: background; objectives; data sources; study eligibility criteria, participants, and interventions; study appraisal and synthesis methods; results; limitations; conclusions and implications of key findings; systematic review registration number.
INTRODUCTION		
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of what is already known.
Objectives	4	Provide an explicit statement of questions being addressed with reference to participants, interventions, comparisons, outcomes, and study design (PICOS).
METHODS		
Protocol and registration	5	Indicate if a review protocol exists, if and where it can be accessed (e.g., Web address), and, if available, provide registration information including registration number.
Eligibility criteria	6	Specify study characteristics (e.g., PICOS, length of follow-up) and report characteristics (e.g., years considered, language, publication status) used as criteria for eligibility, giving rationale.
Information sources	7	Describe all information sources (e.g., databases with dates of coverage, contact with study authors to identify additional studies) in the search and date last searched.
Search	8	Present full electronic search strategy for at least one database, including any limits used, such that it could be repeated.
Study selection	9	State the process for selecting studies (i.e., screening, eligibility, included in systematic review, and, if applicable, included in the meta-analysis).
Data collection	10	Describe method of data extraction from reports (e.g., piloted forms, independently, in duplicate) and any processes for

process		obtaining and confirming data from investigators.
Data items	11	List and define all variables for which data were sought (e.g., PICOS, funding sources) and any assumptions and simplifications made.
Risk of bias in individual studies	12	Describe methods used for assessing risk of bias of individual studies (including specification of whether this was done at the study or outcome level), and how this information is to be used in any data synthesis.
Summary measures	13	State the principal summary measures (e.g., risk ratio, difference in means).
Synthesis of results	14	Describe the methods of handling data and combining results of studies, if done, including measures of consistency (e.g., I^2) for each meta-analysis.
Risk of bias across studies	15	Specify any assessment of risk of bias that may affect the cumulative evidence (e.g., publication bias, selective reporting within studies).
Additional analyses	16	Describe methods of additional analyses (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression), if done, indicating which were pre-specified.
RESULTS		
Study selection	17	Give numbers of studies screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each stage, ideally with a flow diagram.
Study characteristics	18	For each study, present characteristics for which data were extracted (e.g., study size, PICOS, follow-up period) and provide the citations.
Risk of bias within studies	19	Present data on risk of bias of each study and, if available, any outcome level assessment (see item 12).
Results of individual studies	20	For all outcomes considered (benefits or harms), present, for each study: (a) simple summary data for each intervention group (b) effect estimates and confidence intervals, ideally with a forest plot.
Synthesis of results	21	Present results of each meta-analysis done, including confidence intervals and measures of consistency.

Risk of bias across studies	22	Present results of any assessment of risk of bias across studies (see Item 15).
Additional analysis	23	Give results of additional analyses, if done (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression [see Item 16]).
DISCUSSION		
Summary of evidence	24	Summarize the main findings including the strength of evidence for each main outcome; consider their relevance to key groups (e.g., healthcare providers, users, and policy makers).
Limitations	25	Discuss limitations at study and outcome level (e.g., risk of bias), and at review-level (e.g., incomplete retrieval of identified research, reporting bias).
Conclusions	26	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence, and implications for future research.
FUNDING		
Funding	27	Describe sources of funding for the systematic review and other support (e.g., supply of data); role of funders for the systematic review.

Bijlage 1.2: Quality Assessment Tool for Observational Cohort and Cross-Sectional Studies (National Heart, Lung, and Blood Institute, 2014)

Criteria	Yes	No	Other (CD, NR, NA)*
1. Was the research question or objective in this paper clearly stated?			
2. Was the study population clearly specified and defined?			
3. Was the participation rate of eligible persons at least 50%?			
4. Were all the subjects selected or recruited from the same or similar populations (including the same time period)? Were inclusion and exclusion criteria for being in the study prespecified and applied uniformly to all participants?			
5. Was a sample size justification, power description, or variance and effect estimates provided?			
6. For the analyses in this paper, were the exposure(s) of interest measured prior to the outcome(s) being measured?			
7. Was the timeframe sufficient so that one could reasonably expect to see an association between exposure and outcome if it existed?			
8. For exposures that can vary in amount or level, did the study examine different levels of the exposure as related to the outcome (e.g., categories of exposure, or exposure measured as continuous variable)?			
9. Were the exposure measures (independent variables) clearly defined, valid, reliable, and implemented consistently across all study participants?			
10. Was the exposure(s) assessed more than once over time?			

11. Were the outcome measures (dependent variables) clearly defined, valid, reliable, and implemented consistently across all study participants?			
12. Were the outcome assessors blinded to the exposure status of participants?			
13. Was loss to follow-up after baseline 20% or less?			
14. Were key potential confounding variables measured and adjusted statistically for their impact on the relationship between exposure(s) and outcome(s)?			

*CD, cannot determine; NA, not applicable; NR, not reported